

弘前大学医学部附属病院
総合患者支援センター 外来予約支援部門 行

FAX番号 0172-39-5338
〔連絡先TEL〕0172-39-5464

FAX受付:24時間自動受付(ただし、17:00以降、土日、祝日にいただいたFAXは、翌平日に確認後、ご連絡いたします。)

弘前大学医学部附属病院 FAX診療申込書

申込年月日		令和 年 月 日			科 ID			
紹介元	医療機関名				TEL			
	診療科				FAX			
	担当医師名				申込担当者			
患者基本情報	現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院・入所中			当院受診歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(科)	
	フリガナ				性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 歳
	氏名	旧姓()						
	住所	〒 -						
	電話				携帯電話			
その他連絡先	氏名				続柄		電話	
※保険証等の写しを添付していただいた場合は、記載不要です。								
保険	保険区分	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保		保険者番号			記号・番号	
		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災・公災		<input type="checkbox"/> 自賠償	<input type="checkbox"/> 公費		公費負担番号	
	資格取得日	年 月 日		被保険者名		続柄	本人 ・ 家族	
受診予定日(希望日)	① 月 日 ()			② 月 日 ()			③ 月 日 ()	
医師の指定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ()			医師	備考			
海外渡航歴	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→ 国名		帰国日		
	同居者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→ ()		(/)		
国内移動歴	本人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→ 都道府県名		移動日		
	同居者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		→ ()		(/)		

FAX申込書の流れ

紹介元病院

FAX到着後、15分以内に受診日、予約時間が記載された「予約確認票」を送付します。
(確認に時間を要する場合があります。)

持参するもの

- ・予約確認票
- ・診療情報提供書(紹介状)
(事前到着をお願いしている診療科があります。詳しくは、様式1-2をご確認ください。)
- ・保険証等(限度額適用認定証等の医療費助成に関わるもの)

患者氏名	様
------	---

受診予定科へチェックをお願いいたします。

★ は、診療科に確認の上で予約日時が決定になるため、翌日以降での返信となります。

▲ は、事前にFAX診療申込書と診療情報提供書を送信

■ は、診療情報提供書・検査データ(画像を含む)等を受診予定日の3日前(土・日・祝を除く)までに、

総合患者支援センター 外来予約支援部門へご送付ください。

受診 予定科	診療科名(新患診療日)	受診 予定科	診療科名(新患診療日)
	▲放射線治療科(月・火・水) 部位		腫瘍内科 ▲ゲノム(木)
	▲放射線診断科 IVR(月～金) 部位		▲固形腫瘍(金)
TEL:0172-39-5280(IVRを除く)		TEL:0172-39-5378	
診療科へお電話でご予約した上で、FAX送信をお願いします。			

受診 予定科	診療科名(新患診療日)	受診 予定科	診療科名(新患診療日)
整 形 外 科	▲■ 整形外科一般(月・水・金)		▲■ 泌尿器科(月～金)
	▲■ スポーツ外来(月PM・木AM,PM)		▲■ 呼吸器内科/感染症科(火・金)
	▲■ 脊椎(火AM・水PM)		▲■ 消化器外科(月・水)
	▲■ 関節(火AM・金AM)	消 化 器 原 病 ・ 血 液 ・ 内 科	▲■ 消化管(月・木)
	▲■★ 腫瘍(火PM)		▲■ 血液疾患全般(月・木)
	▲■ リウマチ(水AM)		▲■ 悪性リンパ腫(月・木)
	▲■ 手外科(木PM)		▲■ 胆肝臓(月・木)
	▲■ 側弯症(金AM)		▲■ 膠原病・炎症性腸疾患(月・木)
	▲■ 先天性股関節脱臼外来(金PM)		▲■ 消化器癌化学療法(月・木)
	▲■ PRP(金PM)		▲■ 心療内科(不定期)

FAX送信の上、原本を下記宛先へご送付ください。
〒036-8563 弘前市本町53番地
弘前大学医学部附属病院 総合患者支援センター 外来予約支援部門

受診 予定科	診療科名(新患診療日)	受診 予定科	診療科名(新患診療日)
	▲ 循環器内科(火・金)	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科	▲ リハビリテーション科(月～金)
	▲ 腎臓内科 (火・金)		▲ 女性アスリート(火・金)
	▲ 内分泌内科/糖尿病代謝内科(月・水)		▲ 皮膚科(月～金)
精 神 科	▲ ★ 6歳～15歳(月・金) ※		▲ 眼科(火・金)
	▲ 大人 (月・水・金) ※		▲ 耳鼻咽喉科(月・水・金)
	▲ 就学前児童 発達外来(木) ※	産 科 婦 人 科	▲ 一般外来(月・木)
	▲ リエゾン外来(月・水・金) ※		▲ 不妊(火)
小 児 科	▲ 神経(月)		▲ 産科(月・木・金)
	▲ 腎臓、膠原病、アレルギー(火)	麻 酔 科	▲ 麻酔科(月・火・木・金)
	▲ 血液、造血幹細胞移植(水)		▲ 漢方外来(水)
	▲ 心臓(木)		▲ 脳神経外科(月・金) 家族同伴必須
	▲ 内分泌代謝(金)	形 成 外 科	▲ 一般外来(月・水・金)
▲ 呼吸器外科(火)	▲ 乳房再建外来(金)		
	▲ 心臓血管外科(火・木・金)		▲ 小児外科(月・水・木)
	▲ ★ 乳腺外科・甲状腺外科(月)		▲ 脳神経内科(火・木)
	▲ 歯科口腔外科(月～金)		▲ 総合診療部(月～金)

・ 診療情報提供書の原本は当日持参でお願いします。

※神経科精神科は、必ず問診票も送信して下さい。

神経科精神科(就学前児童の発達診断外来)は事前に診療科へお電話でのご予約が必要です。 TEL:0172-39-5253

要予約(予約確認票の返信をします)