

令和 年 月 日

## 診療予約申込書(FAX 用)

東京大学医科学研究所付属病院 地域医療連携室宛

FAX : 03-5449-5930

紹介内容 ※可能なところのみで結構です	受診科	<input type="checkbox"/> 血液腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 感染免疫内科
		<input type="checkbox"/> アレルギー免疫科	<input type="checkbox"/> 腫瘍・総合内科
		<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍外科
		<input type="checkbox"/> 関節外科	<input type="checkbox"/> 放射線科
		<input type="checkbox"/> ゲノム診療科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
		<input type="checkbox"/> 先端緩和医療科	
専門外来	<input type="checkbox"/> HTLV 専門外来	<input type="checkbox"/> ピロリ菌外来	
	<input type="checkbox"/> 渡航外来	<input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー心筋症外来	
	<input type="checkbox"/> 結合織砂(マルファン)外来		
	<input type="checkbox"/> 遺伝カウンセリング外来	<input type="checkbox"/> 遺伝性大腸がん外来	
医師名			
診療目的/ 病名			
希望日時	第一希望	令和 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分頃
	第二希望	令和 年 月 日 ( )	午前・午後 時 分頃
患者情報等	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)	
	住所・TEL	〒 - TEL ( )	
	当院 受診歴	有・無	
備考			

※腫瘍内科:消化器・肝臓、循環器、糖尿病・代謝

ご紹介元医療機関名 (住所) (電話・FAX) (医師名) 医療機関名のみでも結構です	
---	--