聖マリアンナ医科大学病院　腫瘍内科

聖マリアンナ医科大学病院
ST. MARIANNA UNIVERSITY HOSPITAL

オンライン診療外来予約申込
紹介患者用
REGISTRATION FORM
【診療申込書】

紹介患者受付時間
時　　分

FAX 044-975-0608

■本申込書を記入し、**「診療情報提供書」及び「保険証の写し」と合わせて**上記にFAXしてください。
■予約受付後、当日中に当院より「紹介患者診療予約票」を貴院にFAXします。
■予約受付後、当日又は遅くとも翌日に当院の担当者から患者さんの携帯電話に連絡いたします。

≪患者様は 太枠内 をご記入ください≫

紹介元情報

紹介元医療機関		医師名	
電話番号		FAX番号	

患者様情報

受診者	フリガナ		旧姓	性別
氏　名	（姓）	（名）		男　・　女
生年月日	西暦　　年 明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　　年齢　　満　　歳			
現 住 所	〒　　－ 携帯電話(必須情報)　　－　　－ ※記載間違いのないようにご注意ください。			
緊急連絡先 （本人以外）	〒　　－　　氏名　　続柄 自宅電話　　（　　）　－ 携帯電話　　－　　－ ※確実な連絡先を記載ください。			

★ 当院の受診は初めてですか？	は　い	い　い　え
★ オンライン診療では、システム利用料550円（税込）/回をお支払いいただきます	同意する	同意しない
★ 保険証の写しをいただきます	同意する	同意しない
★ クレジット払い（医療費後払いサービス）にご登録いただきます	同意する	同意しない

★ 当日の受診内容 治験目的（希望の治験に〇）	胃がん1次治療FGFR阻害薬 （FORTITUDE-103） 整理番号：A2382	結腸がん周術期治療 （AZUR-2） 整理番号：A2439

★ 診療情報提供書を必ず添付してください（右記、チェック用）	は　い	い　い　え
★ 利用可能な病理組織検体はありますか？	は　い	い　い　え
★（検体がある場合）組織検体をブロックで提供することは可能ですか？	は　い	い　い　え

外来日（枠）
右記が外来予約可能な曜日です
希望日を下記に記入してください

曜日	月曜日	火曜日	木曜日	金曜日
時間帯	第1,3,5週　13時～14時	14時～15時	10時～11時	13時～14時
	第2,4週　15時～16時			

外来受診希望日
1、オンライン診療の申し込み当日中でなければ、ご希望は少なくとも7日後以降の日程をご検討願います。

第一希望日	第二希望日	第三希望日
月　　日	月　　日	月　　日

◎ご記入いただいた現住所、電話番号(携帯)、緊急連絡先は、病院からの郵送物がある場合の送付先、必要時に病院から連絡しても良い番号として登録させていただきます。

以 下 病 院 記 入 欄

受診科	腫瘍内科			
	39			

保険		受付		入力		確認	

2024.10.3改訂