



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」と合わせて上記にFAXしてください
- 予約受付後、当院より「紹介患者診療予約票」をFAXし、患者さん宅へ「オンライン診療に関する説明書類」を郵送いたします
- 受診日当日、患者さんの携帯電話へ診察用のURLが送られます

《患者様は **太枠内** をご記入ください。医療機関の方は、**点線内** 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 (姓)	(名)	旧姓	性別 男 ・ 女
氏名			
生年月日	西暦 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ご注意ください。		
緊急連絡先 (本人以外)	〒 [] [] [] - [] [] [] [] [] [] ※確実な連絡先を記載ください。	氏名	続柄 自宅電話 () - 携帯電話 - -
★ 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
★ オンライン診療説明書類を郵送しますので、保険証のコピーを返信していただきます		同意する	同意しない

★ 当日の受診内容	治療目的(希望の治療に○)	胃がん1次治療FGFR阻害薬	NRG1融合遺伝子固形癌に対する抗体薬
★ 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日程です
希望日を下記に記入してください

火曜日 14時	木曜日 10時	金曜日 13時
---------	---------	---------

外来受診希望日
1、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。
2、保険証のコピーを1枚ご用意ください。当院から返送用レターパックを郵送いたしますので、ご自宅に届き次第保険証のコピーを当院に返送をお願いします。

第一希望日	第二希望日	第三希望日
月 日 どちらかに○ 火・木・金	月 日 どちらかに○ 火・木・金	月 日 どちらかに○ 火・木・金

※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			
保険	39	受付	入力	確認