



宛先：宮城県立がんセンター 地域医療連携室
FAX番号 022-381-1169 地域医療連携室直通
相談外来予約申込書

【発信先】

宮城県立がんセンター 地域医療連携室

〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1

TEL:022-381-5152

FAX:022-381-1169

【紹介元】

令和 年 月 日

医療機関名：

連絡先 TEL：

FAX：

診療科・医師名：

科

先生

(連絡担当者様：

)

※ 予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日・年末年始)のお申込みについては、原則として翌診察日の対応となります

診療科	卵子・精子保存相談外来			
	① 対象年齢は40歳未満の方です			
	② 診療日は、火曜日・木曜日の午後となります			
	③ 診療情報提供書、登録票と一緒に、医療機関よりお申込みください			
	④ 抹消血液検査、生化学検査(肝機能、腎機能、電解質、CRP)、凝固検査(PT、APTT、フィブリノゲン)、感染症(HBs抗原、HCV抗体、HIV抗体)を済ませて、結果のコピーを必ずご持参ください。			
⑤ 料金は1回 11,000円(税込)となります				
受診希望日	① 令和 年 月 日 ()			
	② 令和 年 月 日 ()			
	③ 診察日いつでも可			
ふりがな			性別	1.男性 2.女性
患者氏名	様			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		歳	
住所	電話 ()			
当院受診歴	1.有 2.無 3.不明	当院受診時に入院中ですか？		1.はい 2.いいえ
備考：				

* お電話でお申込みいただいた場合も、この用紙をFAXしていただきますようお願いいたします

* 紹介医療機関からのFAX受理後、当院から「相談外来予約票」をFAXいたしますので、患者さんにお渡し願います。

がんセンター記入欄 予約日時	令和 年 月 日 () :	
-------------------	----------------	--