

【様式1】 宛先：宮城県立がんセンター地域医療連携室

TEL 022-384-3151(代)内線123 022-381-5152(直通)

FAX番号 022-381-1169 地域医療連携室

相談外来予約申込書

【紹介元情報】

令和 年 月 日

医療機関名：

連絡先 TEL：

FAX：

診療科名：

科

医師名：

先生

希望診療科

・卵子・精子保存相談外来

①診療日は、火曜日、もしくは木曜日の午後となります。

②ご希望の場合は、「診療情報提供書」を添えて、医療機関様よりお申込み下さい。

③末梢血液検査、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。

④料金は、1回 10,800円(消費税込)となります。

受診希望日

① 令和 年 月 日 ()

② 令和 年 月 日 ()

③診療日いつでも可

ふりがな

患者氏名

様

性別

1. 男性

2. 女性

生年月日

西暦・昭和・平成

年

月

日

住所

電話

()

当院受診歴

1. 有

2. 無

3. 不明

備考：

*診療希望日をご記入の上、「相談予約申し込み書」をFaxで送信してください。

お電話でお申し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

令和

年

月

日()