

腹膜播種科 診察予約依頼書

予約申込日: 年 月 日

【ご予約依頼】 ☐ 診察 ☐ セカンドオピニオン

【当院受診歴】 ☐ 有 ☐ 無 当院ID

紹介元 医療機関名		医師名	
所在地			
TEL		FAX	

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
氏名	(男・女)	年 月 日	(才)
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

依頼目的

●紹介状・採血データ・薬歴・病理結果・手術記録・画像所見を依頼書と一緒にFAXして下さい

腹膜播種科は第1・3金曜日と翌週(3日後)月曜日のみの完全予約制となっております。
診療情報提供書・検査データ等確認後、予約の可否について御連絡いたします。
病状によっては予約を承れない場合がございます。
予約取得までにお時間がかかること御了承ください。
腹膜播種科は基本担当医の診察となっております。
当院はチーム制で対応させていただいております。
米村医師の診察を希望する場合は備考欄にその旨ご記載ください。
※遠方から来られる場合は時間に余裕を持ってご来院ください。

備考