

F A X 診 療 申 込 書

(FAX送信用)

(地独)東京都立病院機構 東京都立がん検診センター 医療連携室

FAX 042(327)0450

<p>依頼科 (該当する科目を○で囲んでください) 消化器内科・呼吸器内科・婦人科・乳腺腫瘍外科</p> <p>希望医師名 _____ 医師 / 特になし _____ 緊急性 (有 ・ 無) _____</p> <p>希望日 第1希望 年 月 日 () 曜日 第2希望 年 月 日 () 曜日</p>	<p>ご依頼元 医療機関名 所在地</p> <p>医師氏名 _____</p> <p>TEL () _____ FAX () _____</p>
---	---

症状、所見等

紹介目的 ①外来診察 ②検査依頼(精査) ③その他()

※消化器内科の検査依頼については、以下の希望の検査に○をつけてください。

- 胃内視鏡検査(受診同日検査: 希望する ・ しない)
- 大腸内視鏡検査(検査日は受診日に決めます)
- 腹部超音波検査
- その他()

※造影希望の場合は記入をお願いします。
 ・3か月以内の血清Cr値 _____ mg/dl
 (測定日: 年 月 日)
 ・測定未(当センターで検査します)

- ・大腸CT検査(検査日は受診日に決めます)

※CT検査依頼の場合は、**検査のみの利用も可能です。**
 ↳ ○をつけてください (検査のみ希望)
 その場合、当センターでは結果説明は実施しません

フリガナ	男・女	生年月日
受診者氏名		大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所 〒		
TEL () -		

東京都立がん検診センター受診歴 (有 ・ 無)
 (旧 東京都がん検診センター)

有の方 診察券 登録番号

	-					-	
--	---	--	--	--	--	---	--

- * FAX申込書の**太線内**をご記入いただき、FAXにてご連絡ください。
- * FAX申込書に基づき、ご希望に添うよう対応させていただきます。
 受診日時・注意事項等を記載した「予約通知票」を貴医療機関へFAXにて返信しますので、受診者様にお渡しいただくよう、お願いいたします。
- * FAX受付時間は 平日(月～金) 9:00～17:00 となります。
 受付時間外の申し込み分は、翌診療日に処理させていただきますのでご了承ください。
- * ご不明な点などございましたら、医療連携室(直通電話:042-326-9333)へお問い合わせください。