

弘前大学医学部附属病院
総合患者支援センター 外来予約支援部門 行
〒036-8563 弘前市本町53番地

FAX番号 0172-39-5338
〔連絡先TEL〕0172-39-5464

FAX受付:24時間自動受付(ただし、17:00以降、土日、祝日にいただいたFAXは、翌平日に確認後、ご連絡いたします。)

弘前大学医学部附属病院 FAX診療申込書

申込年月日	令和	年	月	日	科		ID							
紹介元	医療機関名							診療科						
								担当医						
								申込担当者						
								TEL						
								FAX						
患者基本情報	受診時の状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院・入所中 (患者受診) ☐ 入院・入所中 (家族受診) 自費 1 0 割負担						当院受診歴	☐ 無 ☐ 有					
	フリガナ							国 籍 (外国籍の方のみ)						
	氏 名					性別		生年月日					歳	
	住 所	〒												
	携帯電話							固定電話						
緊急連絡先	フリガナ 氏名					続柄		電話						
※保険証等の写しを添付していただいた場合は、記載不要です。														
保険情報	主保険	☐ 社保 ☐ 生保 ☐ 労(公)災 ☐ 国保 ☐ 後期 ☐ 自賠責 ☐ その他				保険者 番号			記号			番号		
		資格取得日					本家区分	☐ 本人 ☐ 家族						
	公費①	保険者番号					記号			番号				
	公費②	保険者番号					記号			番号				
受診予定日 (希望日)	①	月	日	()	②	月	日	()	③	月	日	()		
医師の指定	☐ 無 ☐ 有 →(				)医師		備考							
患者の状況	☐ お返事をお待ちです / ☐ 帰宅しています ※お返事にお時間がかかる場合がございます													

FAX申込書の流れ

FAX診療申込書(様式1-1.1-2)と診療情報提供書をFAX送信して下さい。



FAX到着後、15分以内に受診日・予約時間が記載された「予約確認票」を送付しますので、患者さんにお渡し下さい。(内容によっては翌日以降のお返事になる場合がございます)

受診予定科へチェックをお願いいたします。

患者氏名	様
------	---

★ は、診療科に確認の上で予約日時が決定になるため、「予約確認票」は翌日以降で返信する場合があります。

△ は、診療科への電話連絡、▲ は、診療科へお電話でご予約した上で、FAX送信をお願いします。

太枠の診療科は、診療情報提供書・検査データ(画像を含む)等を受診予定日の3日前(土・日・祝を除く)までに送付して下さい					
送り先 〒036-8563 弘前市本町53番地 弘前大学医学部附属病院 総合患者支援センター 外来予約支援部門					
受診 予定科	診療科名	新患診療日	受診 予定科	診療科名	新患診療日
整形外科			☐	循環器内科	火・金
☐	★整形外科一般	月・水・金	☐	腎臓内科	火・金
☐	スポーツ外来	月・木	☐	呼吸器内科/感染症科	火・金
☐	脊椎	火・水	呼吸器・心臓血管外科		
☐	★関節	火・金	☐	呼吸器外科(※4)	火
☐	★腫瘍	火	☐	心臓血管外科	火・金
☐	★手・外傷再建	月・火	消化器内科・血液内科・免疫内科		
☐	リウマチ	水	☐	消化管	月・木
☐	側弯症	金	☐	★血液疾患全般	月・木
☐	★小児整形外科	金	☐	★悪性リンパ腫	月・木
☐	PRP	金	☐	肝胆膵	月・木
☐	★がん口コモ	月・火・水・金	☐	膠原病・炎症性腸疾患	月・木
☐	泌尿器科	月～金	☐	消化器癌化学療法	月・木
☐	消化器外科	月・水	☐	★心療内科(※2)	
☐	★がんゲノム医療科(※4)	月・水			

受診 予定科	診療科名	新患診療日	受診 予定科	診療科名	新患診療日
☐	▲放射線治療科	部位	月・火・水	腫瘍内科	
放射線診断科			☐	△がんゲノム(※4)	火・水・木
☐	▲画像検査	部位	☐	★固形腫瘍(※4)	金
☐	IVR(電話予約不要)	部位	腫瘍内科外来:0172-39-5378		
放射線科外来:0172-39-5280					

受診 予定科	診療科名	新患診療日	受診 予定科	診療科名	新患診療日
内分泌内科/糖尿病内科			リハビリテーション科		
☐	内分泌内科(★甲状腺に関する症状)	月・水	☐	★リハビリテーション科	月～金
☐	糖尿病代謝内科	月・水	☐	女性アスリート(※3)	金
神経科精神科			皮膚科		
☐	★小学生～中学生(※1)	月・金	☐	皮膚科	月～金
☐	★大人(※1)	月・水・金	☐	遺伝性皮膚疾患	木
☐	★就学時児童 発達外来(※1)	木	☐	レーザー(血管腫)	火
☐	★クロザリル外来(※1)	月	産科婦人科		
小児科			☐	一般外来	月・木
☐	神経	月	☐	不妊	火
☐	★腎臓、膠原病、アレルギー	火	☐	産科	月・木・金
☐	血液腫瘍、造血幹細胞移植	水	☐	★がん生殖外来	月・火・木・金
☐	心臓	木	☐	NIPT外来(※5)	金
☐	内分泌代謝	金	麻酔科・集中治療科		
☐	★長期フォローアップ	金	☐	★麻酔科	月・火・木・金
☐	★乳腺外科・甲状腺外科		☐	漢方外来	水
☐	★眼科		脳神経外科		
☐	耳鼻咽喉科頭頸部外科	月・水・金	☐	脳神経外科(※4)	月・金
☐	小児外科	火・水	☐	頭痛・三叉神経痛・顔面けいれん外来	月・金
☐	脳神経内科	火・木	形成外科		
☐	歯科口腔外科	月～金	☐	一般外来	月・水・金
			☐	乳房再建外来	金
			☐	★総合診療部	火・木

※1 専門外来に合わせた問診票もご用意の上、お送りください。

※2 FAX送信の上、火・水の13:00～15:00に診療科へご連絡下さい。 TEL: 0172-33-5111(代表)

※3 申込時、受診番号をご案内します。予約日の2日前までに患者様が予診票の入力をお願いします。

※4 受診時、家族の同伴(受診も含む)が必要です。

※5 NIPT専用の診療情報提供書に必要事項をご記入の上、申込をお願いします。