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１０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	旧姓（　　）	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）

※当申込書は、2枚1組となっております。様式1-2もご記入の上、必ず送付をお願いいたします。

令和8年11月改定

受診予定科へチェックをお願いいたします

患者氏名	様

様式1-2

★ 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」の返信に数日程度お時間をいただきます。

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
	整形外科	
	★整形外科一般	月・水・金
	スポーツ外来	月・木
	脊椎	火・水
	★関節	火・金
	★腫瘍	火
	★手・外傷再建	月・火
	リウマチ	水
	側弯症	金
	★小児整形外科	金
	PRP	金
	★がんロコモ	月・火・水・金
	泌尿器科	月～金
	消化器外科	月・水
	★がんゲノム医療科(※4・※6)	月・水

受診予定科	診療科名	新患診療日
	循環器内科	火・金
	腎臓内科	火・金
	呼吸器内科/感染症科	火・金
	呼吸器・心臓血管外科	
	呼吸器外科(※4)	火
	心臓血管外科	火・金
	消化器内科・血液内科・免疫内科	
	消化管	月・木
	★血液疾患全般	月・木
	★悪性リンパ腫	月・木
	肝胆膵	月・木
	膠原病・炎症性腸疾患	月・木
	消化器癌化学療法	月・木
	★心療内科(※2)	

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
	放射線診断科			
	▲画像検査	部位		
	IVR(電話予約不要)	部位		

▲ 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。

放射線治療科診断科外来

TEL:0172-39-5280

受診予定科	診療科名	新患診療日
	内分泌内科/糖尿病内科	
	内分泌内科(★甲状腺に関する症状)	月・水
	糖尿病代謝内科	月・水
	神経科精神科	
	★小学生～中学生(※1)	月・金
	★大人(※1)	月・水・金
	★就学時児童　発達外来(※1)	木
	★クロザリル外来(※1)	月
	小児科	
	神経	月
	★腎臓、膠原病、アレルギー	火
	血液腫瘍、造血幹細胞移植	水
	心臓	木
	内分泌代謝	金
	★長期フォローアップ	金
	★乳腺外科・甲状腺外科	
	★眼科	
	耳鼻咽喉科頭頸部外科	月・水・金
	小児外科	火・水
	脳神経内科	火・木
	歯科口腔外科	月～金
	★総合診療部	火・木

受診予定科	診療科名	新患診療日
	リハビリテーション科	
	★リハビリテーション科	月～金
	女性アスリート(※3)	金
	皮膚科	
	皮膚科	月～金
	遺伝性皮膚疾患	木
	レーザー(血管腫)	火
	産科婦人科	
	一般外来	月・木
	不妊	火
	産科	月・木・金
	★がん生殖外来	月・火・木・金
	NIPT外来(※5)	金
	麻酔科・集中治療科	
	★麻酔科	月・火・木・金
	漢方外来	水
	脳神経外科	
	脳神経外科(※4)	月・金
	頭痛・三叉神経痛・顔面けいれん外来	月・金
	形成外科	
	一般外来	月・水・金
	乳房再建外来	金
	★腫瘍内科	ご紹介の内容によって紹介状の事前発送をお願いする場合がございます。

※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、火曜日・水曜日の13:00～15:00に**代表番号から診療科**へご連絡下さい。
※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。
※6　事前相談希望の場合　は、月曜日の15:00～16:00に**代表番号から診療科**へご連絡下さい。

代表番号
TEL: 0172-33-5111

令和8年11月改定