ＦＡＸ診療申込書

（FAX送信用）

（公財）東京都保健医療公社　東京都がん検診センター　医療連携室

FAX　042（327）0450

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

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 ）　・躯幹CT（頭部・四肢は不可）:　単純 ・ 造影

・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：平成　年　月　日）
・測定未（当センターで検査します）

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（　）　－		

東京都がん検診センター受診歴（ 有 ・ 無 ）

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。