

# 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

<b>依頼科</b> (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  希望医師名 _____ 医師 / 特になし _____ 緊急性 (有・無)  <b>希望日</b> 第1希望 年 月 日( )曜日 第2希望 年 月 日( )曜日	ご依頼元 医療機関名 所在地  医師氏名  TEL ( ) FAX ( )
<b>症状、所見等</b>	
<b>紹介目的</b> ①外来診察    ②検査依頼(精査)    ③その他( ) <u>※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。</u> ・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( ) <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">                     ※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)                 </div> ・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、 <b>検査のみの利用も可能です。</b> ↳ ○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。