

宛先 社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院 地域医療連携課 行

FAX 096-320-6530 (TEL 096-320-6520)

予約受付時間 平日9:00~17:00 土曜日9:00~12:00

◆◆この用紙は当院HPからダウンロード (Word形式、PDF形式) 可能です◆◆

## 大腸がんEXPRESS外来予約票 (兼診療情報提供書)

ご紹介医療機関			
ご紹介医師名	(診療科)		
ご住所	〒		
TEL	( ) -	FAX	( ) -

※日程調整にはお時間を頂く場合がございます。

患者様情報	ふりがな ご氏名		性別	男・女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
	ご住所	〒 - 携帯番号 ( ) - 、自宅 ( ) -		
希望内容	担当医	医師名 ( ) ・ 無		
	受診日	希望受診日	有 ・ 無	
		第一希望日	年 月 日 ( )	
第二希望日		年 月 日 ( )		
診療情報	※貴院の書式にて別途報告頂いても結構です。			
	疾患名	既往歴		
	病状の経過及び過去の検査歴・治療経過など			
	現在の処方			

検査データ等がある場合は予約票と一緒にFAXまたはKMN (熊本メディカルネットワーク) にて送付頂きますようお願い致します。

※受診日の調整は当院より患者様へご連絡致します (受診日決定後に貴院へご報告致します)。

※この用紙が診療情報提供書を兼ねる場合は、この用紙 (原本) を患者様が受診日にお持ち頂くか、受診日前までに当院へ到着するようにご郵送下さい (検査データ等も同封頂きますようお願い致します)。