

FAX:

0532-33-0023

※24時間FAX送信可能

成田記念陽子線センター  
受診申込書 兼 予約票お申込み時は貴院書式の紹介状を添えてFAX送信をお願いいたします。  
FAX送信後に電話連絡（0532-33-0033）をお願いいたします。

## 成田記念陽子線センター

〒441-8021 愛知県豊橋市白河町78番地 TEL: 0532-33-0033

予約受付時間: 平日 9:30~16:00 (受付時間以降の場合には翌日以降となります)

休診日: 土(第2・4・5)・日・祝日・年末年始

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名		診療科・医師名	
住所			
電話番号		FAX番号	

患者氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
受診歴 (成田記念病院も含む)	有 ・ 無		
受診希望	<input type="checkbox"/> 診察	※ セカンドオピニオンご希望の方は、別紙1「セカンドオピニオンとは」をご理解の上、お申し込みください。 また、受診者について下記にご記入ください。 <input type="checkbox"/> ご本人のみ <input type="checkbox"/> ご本人とご家族 <input type="checkbox"/> ご家族のみ	
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン 右欄もご確認ください →		
受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望あり		
	第1希望 月 日( ) 第2希望 月 日( ) 第3希望 月 日( )		
	<input type="checkbox"/> なるべく早い日程 <input type="checkbox"/> 診療体制にあわせる		

予約日を記載してFAXにて返信いたしますので、そのまま患者様にお渡しください。

## 成田記念陽子線センター予約票

予約日	月 日 ( )	予約時間	時 分 ~	医師名	
診察券番号		備考			

患者様へ ● 別紙「医療連携で予約を取られた患者様へ」をお読みいただきご来院してください。  
● キャンセル・変更の場合は当院と紹介元医療機関にもご連絡をお願いいたします。