



二次検診 予約FAX申込書

県立がんセンター新潟病院

申込日 年 月 日

送信先	県立がんセンター新潟病院 患者サポートセンター（受付時間 8：30～18：30） FAX：025-234-0022 TEL：025-234-0011
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------

ご紹介元の 医療機関	検診機関（または市区町村など関係機関）	
	検診機関名 医師名	
	電話番号	
	FAX番号	

ご依頼情報	ご依頼の 二次検診	1. 大腸検査（便潜血陽性） 2. 胃（一次検診がバリウム） 3. 胃（一次検診が胃カメラまたは抗血栓薬内服中）
	予約希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望： 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> 第2希望： 年 月 日（ 曜日） <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 都合の悪い日

患者さんの 基本情報	ふりがな	
	氏名	男 ・ 女
	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳）
	住所	（〒 - ）
	電話番号	（自宅） （携帯）
	当院の受診歴	あり ・ なし 科（お分かりでしたら記載をお願いします。）
	抗血栓薬内服	あり ・ なし （薬名 ）
	感染症に ついて （該当する項目に☑をつける、または記載をお願いします）	直近4週間以内に、下記の項目で該当するものに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 高熱（37.5℃以上） <input type="checkbox"/> せきやたん <input type="checkbox"/> 息苦しさ（呼吸困難） <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> だるさ（倦怠感） <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 「新型コロナウイルス」や「インフルエンザ」と診断された同居家族や職場の人がいる <input type="checkbox"/> 海外へ行ってきた（行き先国や地域： ）

* 1.大腸検査（便潜血陽性）と3.胃（一次検診が胃カメラまたは抗血栓薬内服中）の内視鏡検査は、診察後の予約となります。

* FAXは24時間受付をいたします。（土・日・祝日の返信は後日となります。）

* 「精密検査依頼書」と「CD-R」は、予約日の2日前までに郵送をお願いいたします。

（郵送先）〒951-8566 新潟市中央区川岸町2丁目15番3 県立がんセンター新潟病院

患者サポートセンター 病診連携 宛