

外来事前診療予約申込書 【FAX番号：092-862-8622】

※ 申込日 令和 年 月 日

福岡大学病院 遺伝医療 科 先生	紹介元医療機関の所在地及び名称
(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入) ※上記医師への事前の診療依頼の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	診療科名 医師氏名 電話 () - FAX () - 印
	【※診療科名・医師氏名・連絡先電話番号についても必ずご記入ください。】

患者基本情報

※ 福岡大学病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明	
受診歴有の場合、福岡大学病院の登録番号が分かればご記入ください。 ⇒ 0 - - - - -	
フリガナ 患者氏名	(男・女) 生年 月 日 (大・昭・平・令) 年 月 日生(才) (旧姓) 職業
住 所	〒 - - - - - 自宅電話 () - □ 携帯電話 () - 都 道 市 区 府 県 郡 町

紹介目的： 出生前検査希望

 NIPT 羊水検査 クアトロ検査 検討中

★遺伝カウンセリング当日、同意書の持参をお願いします★

申込み日 (月 日) 申込み日の週数 (週 日)

★週数をもとに受診日を決定します。正確な週数の記載をお願いします★

<個人情報の取り扱いについて>

ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

《予約申込み時の注意》

・ FAX 受付時間

受付曜日	受付時間
月曜日～金曜日	8:30～16:30

休日：土曜・日曜・祝日・振替休日・盆休(8/15)・年末年始(12/29～1/3)

注) 休日やFAX受付時間外にお申し込みのFAXをいただいた場合は、翌診療日の対応となります。

お問い合わせ先

福岡大学病院 地域連携センター

TEL (代表) 092-801-1011