

作成日 令和6年1月23日

秋田県立循環器・脳脊髄センター地域連携患者支援室 宛  
直通 F A X : 018-833-0268

## 診療申込書 (FAX送付票)

● 貴院情報			
医療機関名		医師名	
TEL		FAX	

※受診希望の診療科に○をつけてください。

● 受診希望診療科		● 診察希望日	
	脳神経外科	第一希望	( )
	循環器内科	第二希望	( )
	脊髄脊椎外科	第三希望	( )
	心臓血管外科	その他	
	認知機能検査外来		

● 患者情報			
フリガナ 患者氏名		生年月日	年齢
郵便番号		性別	
住所			
電話番号			

- ◎ 診療情報提供書を一緒に F A X 願います。
- ◎ 診療情報提供書に記載のある項目については、重複記載は不要です。

※ 予約受付時間 (平日9時~17時) 外のお申込みについては翌診療日の対応となります。

秋田県立循環器・脳脊髄センター  
【地域連携患者支援室】

〒010-0874

秋田市千秋久保田町6番10号

【TEL】 018-833-0115 (代表)

【FAX】 018-833-0268 (専用)

※予約受付時間 9時~17時