

作成日 令和 年 月 日

秋田県立循環器・脳脊髄センター患者支援・医療連携室 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	
T E L		F A X	

※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		()
	脊椎脊椎外科	第三希望		()
	心臓血管外科	【備考】		
	もの忘れ診療科			
	整形外科			
	糖尿病・内分泌内科			
	その他 ()			

●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
【患者支援・医療連携室】
〒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