

診療申込書（医療機関送信・返信用）

FAX：043-206-3439

国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST病院 地域医療連携室 行き

【送信元の情報】

貴院の医療機関名	
診療科	科
ご担当医	先生

担当部署/担当者	
返信先FAX 番号	
連絡先電話番号	

FAX送信枚数	
①診療申込書	
②診療情報提供書	
計 _____ 枚	
※ 検査データ等は、 当方より依頼するまで FAXはお待ちください	

【患者さんの情報】

フリガナ		医療保険	有 ・ 無
氏名		日本語での会話	可 ・ 不可
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)

ご希望の診療区分	<input type="checkbox"/> 初診予約	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
----------	-------------------------------	------------------------------------

注意：患者さんご本人が来院されない場合は、ご希望に関わらずセカンドオピニオンとなります。

ご来院される方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族・知人（ご関係 _____）
・ 来院できない日があれば、ご記入ください。 （記載のお日にち以外で予約日を調整します。）	

- * 本申込みへのお返事は、病院稼働日2日以内にFAX致します。 万が一、当方からの連絡なく
- * 返信のFAXが届かないなど、ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせくださいませ。

【QST病院からの返信】

- 拝診いたします。
- 残念ながら、今回「初診予約」としてお受けしかねると判断しました。
別記、ご紹介下さった先生へお届けください。また、「セカンドオピニオン」でのご希望が
ございましたら対応致します。お手数ですが、再度ご連絡頂けますようお願い致します。



ご来院日時	年	月	日 ()	時	分	着
予約時間	※ 時 枠					
予約の種類	<input type="checkbox"/> 初診予約	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン				

* 受診当日に持参いただくものや諸注意は、別紙を基に電話でご案内させていただきます。

診療申込書（医療機関送信・返信用）

FAX：043-206-3439

国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST病院 地域医療連携室 行き

【送信元の情報】

貴院の医療機関名	〇〇〇会・〇〇〇〇〇病院
診療科	〇山 〇〇〇子 科
ご担当医	〇〇 〇〇〇 先生

担当部署/担当者	患者サポートセンター /〇〇 〇〇
返信先FAX 番号	〇〇-〇〇-〇〇〇〇
連絡先電話番号	〇〇-〇〇-〇〇〇〇

FAX送信枚数
①診療申込書
②診療情報提供書
計 _____ 枚
※ 検査データ等は、 当方より依頼するまで FAXはお待ちください

【患者さんの情報】

フリガナ	りょうし たろう	医療保険	有 ・ 無
氏名	量子 太郎	日本語での会話	可 ・ 不可
生年月日	西暦 〇〇〇〇 年 10 月 18 日	(満 64 歳)	

ご希望の診療区分	<input type="checkbox"/> 初診予約	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
----------	-------------------------------	------------------------------------

注意：患者さんご本人が来院されない場合は、ご希望に関わらずセカンドオピニオンとなります。

ご来院される方	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族・知人（ご関係 _____）
・来院できない日があれば、ご記入ください。 (記載のお日にち以外で予約日を調整します。)	

- * 本申込みへのお返事は、病院稼働日2日以内にFAX致します。 万が一、当方からの連絡なく
- * 返信のFAXが届かないなど、ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせくださいませ。

【QST病院からの返信】

- 拝診いたします。
- 残念ながら、今回「初診予約」としてお受けしかねると判断しました。
別記、ご紹介下さった先生へお届けください。また、「セカンドオピニオン」でのご希望が
ございましたら対応致します。お手数ですが、再度ご連絡頂けますようお願い致します。



ご来院日時	年 月 日 () 時 分 着
予約時間	※ 時 枠
予約の種類	<input type="checkbox"/> 初診予約 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン

* 受診当日に持参いただくものや諸注意は、別紙を基に電話でご案内させていただきます。