

名古屋第一赤十字病院
同種造血移植フォローアップ専門外来申込書

			申込日： 年 月 日	
フリガナ		性別		昭和 平成
氏名		男女	生年月日	年 月 日生
ご連絡先 (ご住所)	〒			
	電話番号		FAX番号	
	携帯番号			
診察希望日	第一希望日： 年 月 日		第二希望日： 年 月 日	
1. 現況 (いずれかに○で囲んで、ご記入ください。)				
入院中 (病院名：) 通院中 (病院名：) その他 ()				
2. 病名				
3. 同種造血細胞移植を受けた時期				
昭和 ・ 平成 年 月 日頃				
4. 同種造血細胞移植を受けた病院名				
5. 当日持参される資料 (あれば○で囲んでください。)				
診療情報提供書 検査結果 その他 ()				
6. 医師に相談したい内容				
決定診察日時	月 日 () 時 分			連絡日 月 日

* 診察は、必ず患者様の来院が必要です。

【お申し込み・お問い合わせ先】

患者相談室 TEL 052-485-3503 (直通)
FAX 052-485-3504 (直通)
受付時間 8:50~17:00 (土日祝日、創立記念日 (5/1) を除く)