

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院  
同種造血細胞移植後フォローアップ外来申込書

※太枠内をご記入ください。

申込日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者さん氏名				年 月 日( 歳)
患者さん連絡先	〒 —			
	電話番号 ( )	—		
	携帯番号 ( )	—		
	FAX ( )	—		
受診希望日	第1希望: 年 月 日 ( )			
	第2希望: 年 月 日 ( )			
現在の状況	入院中 ・ 通院中 ・ その他( )			
現在の主治医	医療機関名:			
	診療科:	担当医:		
病名				
持参資料	診療情報提供書・検査データ・レントゲンフィルム・CD-R・その他( )			
相談内容				
同種造血細胞移植を受けた時期	年 月 日			
同種造血細胞移植を受けた医療機関名				
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院の受診歴	あり (診察券番号: ) ・ なし			