

〈国立がん研究センター 東病院 予約変更申込書〉

本申込書を予約センターにFAXしてください。

FAX 番号 04-7134-2295(24 時間受信可)

患者様 情報			
フリガナ 患者氏名		生年月日	西暦 年 月 日
	(男・女)		
電話番号	①	②	③
診察券の番号 (正しく記載下さい)			
診療科			
主治医名			
変更希望項目 (☑を入れてください)	現在の予約日	医師使用欄 (患者さんは記入不要です)	
<input type="checkbox"/> 外来日	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
<input type="checkbox"/> レントゲン検査	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
<input type="checkbox"/> CT	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
<input type="checkbox"/> 血液検査	月 日	<input type="checkbox"/> 変更完了 <input type="checkbox"/> 不可	
予約変更を希望される時期			
(元の予約日から) <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週～1か月後 <input type="checkbox"/> 1～3か月後 <input type="checkbox"/> 3～6か月後			
病院からの返信先 FAX番号			
FAX番号			

- ※ 変更後の日時については、当院で決定させていただくことになります。患者様より詳細の日時希望を承ることができませんことを、お詫びいたします。ご理解の程、よろしくお願いいたします。
- ※ 夜間・土日祝日に送信いただいた分は、翌営業日に受付を行います。
- ※ **予約日の1週間前までにお申し込みお願いします。**
- ※ 初診、セカンドオピニオンの日程変更はFAXでは承っておりません。
予約センター初診・セカンドオピニオン専用電話 04-7134-6991 (9:00～17:15 土日祝日を除く) にお電話でお願いします。

受付後 3～5 営業日以内に FAX で返信させていただきます。