

昭和大学横浜市北部病院 予約センター

予約受付

電話 ; 045-949-7489

FAX ; 045-949-7137

北部病院 使用欄	北部病院の受診歴 (有・無)	ID番号
-------------	-------------------	------

## 遺伝カウンセリング外来予約申込書

申込日	年	月	日	(下記を記載し、FAX送信して下さい。)
受診される方へ	ふりがな 氏名 <span style="float: right;">様(男・女)</span>			
	生年月日	明・大 昭・平	年	月 日
	住所 〒			
	電話番号 自宅		FAX	
	携帯もしくは勤務先			
	相談内容・家族構成を確認するため、臨床遺伝外来担当者から受診される方に直接電話連絡いたします。 連絡可能な電話番号と連絡可能な時間帯の記載をお願いいたします。 (連絡可能な電話番号 自宅・携帯・勤務先 時間帯 時～時)			
	昭和大学横浜市北部病院の受診歴 (有・無) ID番号			
来院する方は、		※来院する方全員の記入をお願い致します。		
患者本人・血縁者【父・母・その他(続柄 )】				

北部病院 使用欄	受付日	/	クジラ連絡日	/
	<input type="checkbox"/> 予約日時 月 日( ) : <input type="checkbox"/> 外来予約なし			