

北里大学病院 婦人科紹介初診患者 事前予約申込書

20 年 月 日

北里大学病院 登録ID	受診あり / なし (純初診)	— —
-------------	-----------------	-----

(ふりがな) 患者氏名	_____		
生年月日	年 月 日 (歳)		
現住所	〒 _____		
患者連絡先	自宅	携帯	
【紹介元医療機関情報】			
ご住所	〒 _____		
医療機関名	_____		
電話番号	_____	F a x 番号	_____
担当医ご氏名	_____		
【診断・病状】			
症状	_____		
診断 (該当する診断と、状態に○をして下さい)	子宮頸癌 子宮体癌 卵巣癌 外陰癌 膣癌 子宮頸部異形成 子宮内膜増殖症 子宮内膜異型増殖症 卵巣腫瘍 子宮筋腫 子宮腺筋症 子宮内膜症 不妊症 不育症 異所性妊娠 生殖器先天異常 内分泌疾患 その他 ()		
	上記診断確定済み		上記疑い
	上記診断にて治療後再発		治療後再発疑い
備考欄 (合併症など)	_____		

2022.4