

がんセンター メディカルフィットネス文書依頼書

※申込者は原則患者本人です。本人以外の場合は必ず患者本人の同意書が必要です。

*** 太枠の中をご記入ください。**

年 月 日

提出先 : 1 受診受付・文書受付

受診者名

診察券番号	
フリガナ 患者氏名	
生年月日	T・S・H 年 月 日
住 所	〒 -
がん治療 診療科	科 医師

預かり文書

<input type="checkbox"/>	運動(継続)許可書 兼 診療情報提供書	(医師へ依頼分)
<input type="checkbox"/>	メディカルフィットネス(継続)申込書	(患者記入分)

申込者名

フリガナ 申込者 氏名	
生年月日	T・S・H 年 月 日
続 柄	
住 所	〒 -
フィットネス 外来受診日 連絡先	自 宅 電話口に出られたご家族の方に伝言をお願いしてもよろしいですか? はい ・ いいえ
	携 帯

病院使用欄

申込者確認	保険証	免許証	その他()
-------	-----	-----	--------

受付担当部署 受診受付 内線 (1004)