

FAX 予約診療受付票
FAX 番号 03-5401-1879

1枚目
貴院控(紹介元控)

平成 年 月 日

東京慈恵会医科大学附属病院
医療連携室 行

紹介元医療機関名
所在地
(TEL)
(FAX)
医師名 _____

受診希望科 泌尿器 科 (表紙裏面の【診療科一覧】よりご記入下さい。)

医師名 _____ (医師の指定がある場合はご記載願います。)

受診希望日 第1希望 平成 年 月 日 曜日 (原則として午前の診察となります)
第2希望 平成 年 月 日 曜日 (")
第3希望 平成 年 月 日 曜日 (")

| | | | |
|------|---|-----|--------------------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | 殿 | 男・女 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 | | 電話(自宅) - - (FAX) - - (勤務先) - - |

東京慈恵会医科大学附属病院受診歴(有・無) 有の場合 昭・平 年 月頃

保険情報(保険情報は、**保険証のコピー**でも結構です。)

被保険者証

| | |
|----------|---------------------|
| 保険者番号 | |
| 記号 番号 | |
| 資格取得日 | |
| 有効期限 | |
| 被保険者との続柄 | 本人・家族 負担割合 0・1・2・3割 |

第1公費負担医療受給者票

| | |
|-------|---|
| 負担者番号 | |
| 受給者番号 | |
| 有効期間 | ~ |

第2公費負担医療受給者票

| | |
|-------|---|
| 負担者番号 | |
| 受給者番号 | |
| 有効期間 | ~ |

保険適用外

妊娠、交通事故、労災、公災、傷害、その他()

FAXは受診前日の午後2時までにお送り下さい。

FAX受信後、10分以内に回答を致します。

救急患者や時間外の紹介に関しましては、従来通り救急室をご利用下さい。

当院指定の患者紹介状(診療情報提供書)を用意しておりますので、ご利用ください。

備考

《 ご 案 内 》

FAX 予約患者様ご持参用

2 枚目
(紹介患者様控)

平成 年 月 日

ご来院の際に、**本書と保険証を初診受付**にお出してください。

【紹介先】

東京慈恵会医科大学附属病院
〒105-8471 東京都港区西新橋 3-19-18
TEL 03-5400-1202 (医療連携室直通)
FAX 03-5401-1879

紹介元医療機関名

所在地

(TEL)

(FAX)

医師名 _____

受診科 _____ 泌尿器 科 _____

医師名 _____

受診予定日 _____ 平成 年 月 日 曜日 _____ 時 分

(診察状況により遅れる場合もございます)

| | | | |
|------|---|--------|------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | 殿 | 男・女 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> | 電話(自宅) | - - |
| | | (FAX) | - - |
| | | (勤務先) | - - |

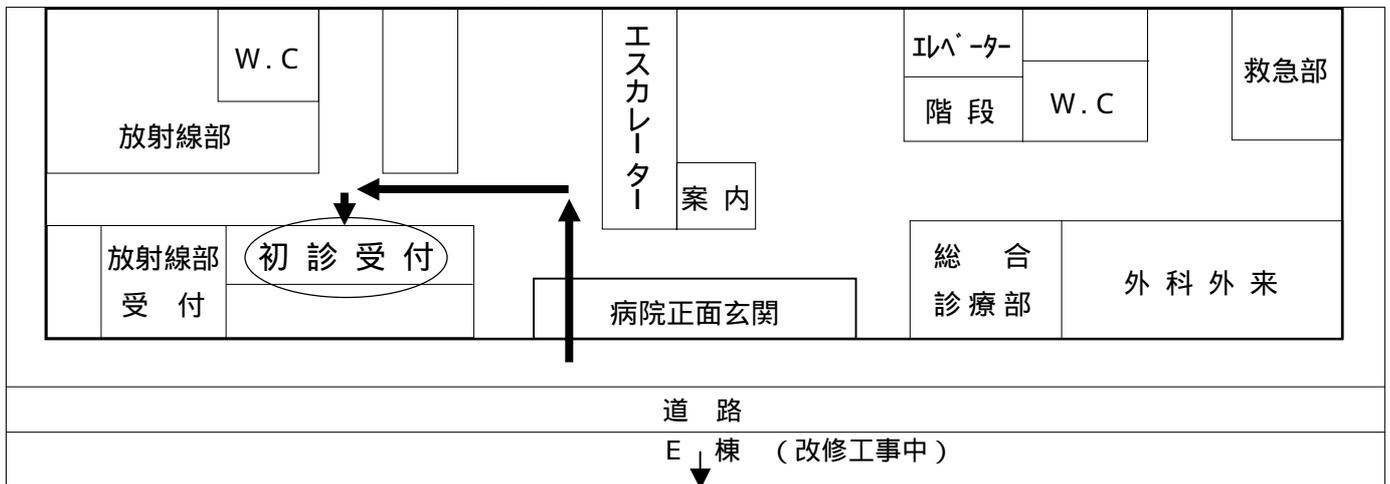
ご来院の際は、予約時間の 15 分程前までに、初診受付にこの《ご案内》をお出し下さい。事前にカルテを作成しお待ちしております。(診察申込書は、ご記入戴かなくて結構です)

お持ち頂くもの

- 《ご案内》(本書)
- 保険証
- 各医療券等
- 紹介状(診療情報提供書)
- 診察カード(慈恵大学病院の診察カードをお持ちの場合のみ)

来院できなくなった場合には、医療連携室(03-5400-1202)までご連絡下さい。

院内の案内図 (最寄り駅等の案内は裏面をご覧ください)



【 東京慈恵会医科大学附属病院 医療連携室 TEL 03-5400-1202 FAX 03-5401-1879 】