

# 診察予約申込書

(医療連携室行 FAX 03-3430-3611)

(ファクシミリ用1)

東京慈恵会医科大学附属第三病院

平成 年 月 日

依頼科名だけでも構いません。内科・外科は専門別を記載

紹介元医療機関名

科 先生 所在地

(受診予定日)

第1希望	月	日( )	時	分
第2希望	月	日( )	時	分

緊急性 (有・無)

保険者番号

記号・番号

被保険者との続柄 本人・家族

当院受診歴 有・無

当院患者番号

検査依頼 (CT・MRI・MRA・エコー・骨シンチ・アイソトープ・生理・他)

TEL

FAX

医師氏名

公費負担者番号

受給者番号

負担割合 1割・2割・3割

紹介目的(※簡単に紹介目的をお書きください。)

フリガナ	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名			
住所	〒 -	TEL (自宅) ( ) (携帯) ( )	

## 〈ご紹介元医療機関の先生へ〉

- \* FAXは 病院休診日を除く 午前9時～午後5時30分 までをお願い致します。
- \* 午後4時30分以降のFAXにつきましては、ご予約票の返信が翌日となる場合もございますので、ご了承願います。
- \* 放射線検査をご依頼の場合はお電話にてご予約の上(放射線部03-3430-6580)診察予約申込書をFAX願います。
- \* 半年以内に同一科に受診歴がある場合は再診となりますので、患者さんより各科外来へご連絡いただければ、ご予約をお受けいたします。
- \* お電話によるお問い合わせは、午前9時～午後5時30分までは 03-3430-3600(医療連携室) 上記時間帯以外は 03-3480-1151(代表)までお願いします。
- \* 記入不足や不明事項がありますと、カルテの準備ができない場合がありますので、大きくはっきりとご記入願います。

## 〈慈恵医大第三病院へFAX受診予約された患者さんへ〉

### ご案内

- \* おかかりつけの医療機関より紹介状および医療連携室予約票をお受け取りください。
- \* ご来院の際は、直接受診科の外来受付にお越しいただき、紹介状および医療連携室予約票をご提出ください。
- \* 指定された医師が不在の際は、他の専門医が診察させて頂く場合がございます。

※予約日時に受診できなくなった場合

予約日時に受診ができなくなった場合は下記医療連携室までお電話ください。

休 診 日

日曜日・祝日・本学記念日(5月1日・10月15日)・年末年始(12月30日～1月4日)

\* ご不明の点がございましたら、慈恵医大第三病院医療連携室までお問い合わせください。

医療連携室 (代表) TEL 03-3480-1151 (内線 3804)  
(受付時間) 午前9時～午後5時30分 (病院休診日を除く)

