

東京慈恵会医科大学附属柏病院 FAX予約診療受付用紙

(1枚目)
〈FAX送信状〉

FAX 04-7164-1197 受付 9:00~17:00 月~土 (外来休診日を除く)

受診希望科名 _____ 希望医師氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

科 _____ 先生 _____

予約のご希望日がありましたら下記にご記入ください
※空欄の場合は最短日をご案内します

ご来院できない日	ご希望日(2診療日以降)
----------	--------------

送信元	
所在地	
医療機関名	
T E L	
F A X	
医師氏名	

慈恵医大柏病院 受診歴 (有・無・不詳)	診察カード番号 (お持ちの場合)																			
----------------------	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別		生年月日																
患者氏名	[旧姓] 様	男・女		年 月 日																
住所	〒 _____																			
電話	(自宅)	—	—	(携帯)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

主訴又は病名・症状 _____

紹介目的〔入院・転医・精査・手術・リハビリ・その他〕 _____

来院方法〔独歩・車イス・ストレッチャー・その他() _____〕

貴院に入院中ですか (いいえ・はい) → 入院中の場合、DPCでの算定患者ですか (はい・いいえ)

保険情報				後期高齢者医療 公費情報				公費情報												
保険者				本人	1割	負担者					1割	負担者								
記号				家族	2割	受給者					3割	受給者								
番号					3割															

※保険情報は、保険証の写しでも結構です。

診療科名ご案内						
内科	総合診療部	腎臓・高血圧内科	腫瘍・血液内科	精神神経科	泌尿器科	放射線治療
	消化器・肝臓内科	リウマチ・膠原病内科	循環器内科	小児科	産婦人科	内視鏡部
	脳神経内科	糖尿病・代謝・内分泌内科	呼吸器内科	整形外科	眼科	感染制御部
外科	外科	肝胆膵外科	血管外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	
	上部消化管外科	呼吸器外科	小児外科	形成外科	心臓外科	
	下部消化管外科	乳腺・内分泌外科		皮膚科	リハビリテーション科	

- 【注意事項】
- ・予約枠に制限があり、ご希望にお応えできない場合がありますので予めご了承ください。
 - ・予約のキャンセル又は変更は、患者支援センターまでご連絡ください。
 - ・診療情報提供書は、必ず患者さんへお渡しください。
 - ・患者さんからの直接のご予約はお受けできません。
 - ・ご不明な点がございましたら、患者支援センターまでお問い合わせください。
- [受付時間 9:00~17:00 月~土 (外来休診日を除く)]

東京慈恵会医科大学附属柏病院
患者支援センター
〒277-8567
千葉県柏市柏下163番地1
TEL 04-7167-9680 (直通)
FAX 04-7164-1197

患者支援センター 付記欄	
予約日	月 _____ 日 () _____
医師氏名	初診担当医 _____