

東京慈恵会医科大学附属病院 FAX予約診療受付用紙

〈1枚目〉
(ファクシミリ用1)

《太枠内には必要な情報をご記入お願いいたします。記入がない場合、当日のカルテ作成にお時間がかかります》

保険情報(保険情報は、保険証のコピーでも結構です。)

後期高齢者医療、公費情報

公費情報

保険者番号					本人	1割	負担者番号							1割	負担者番号								
記号		番号			家族	3割	受給者番号							3割	受給者番号								

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

平成 年 月 日

科	先生
第1希望	月 日 曜日
第2希望	月 日 曜日
第3希望	月 日 曜日

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

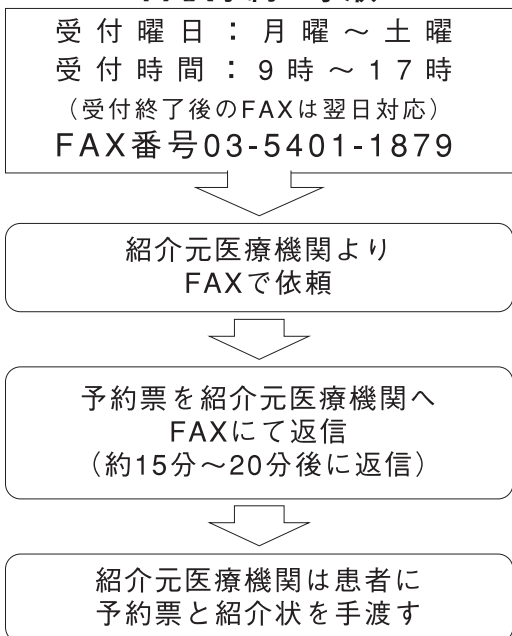
フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		様		年 月 日 (歳)
住所	〒	—		電話(自宅) — — (携帯) — — (勤務先) — —
当院または晴海トリクリニック・新橋健診センター受診歴(有り・無し)			診察カード番号	— — — — —

※該当の場合□に✓をお願いします。 入院中 ストレッチャーで来院

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]

FAX送信方向 ↑ FAX番号 03-5401-1879

FAX予約の手順



(注意点)

- ※再診予約(同科6ヶ月以内)の方は外来へ直接お問い合わせください。
- ※受診日当日は、紹介状を持参し、直接、受診科の窓口へお越しください。

《診療科のご案内》

内科	<ul style="list-style-type: none"> 消化器・肝臓 神経 腎臓・高血圧 リウマチ・膠原病 循環器 糖尿病・代謝・内分泌 腫瘍・血液 呼吸器 総合診療部 感染制御部 	<ul style="list-style-type: none"> 消化管 肝胆膵 乳腺・内分泌 呼吸器 血管 小児
	<ul style="list-style-type: none"> 精神神経科 小児科 皮膚科 整形外科 脳神経外科 脳血管内治療部 形成外科 泌尿器科 	<ul style="list-style-type: none"> ウイメンズクリニック(婦人科) 産科 生殖・内分泌 眼科 耳鼻咽喉科 心臓外科 リハビリ科 歯科 ペインクリニック 放射線治療部 内視鏡部 スポーツウェルネスクリニック

◆画像診断部(検査予約)

◇CT・MRI

CT…検査部位を紹介目的欄に記入

MRI…他にチェックリストの用紙あり

※医師により予約できない場合もございますので予めご了承ください。

【外来休診日】

日曜日 祝祭日 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)

TEL 03-3433-1111(大代表) 医療連携部門 TEL 03-5400-1202(ダイヤルイン)