【記入例】

東京慈恵会医科大学附属病院 FAX予約診療申込用紙

（FAX 送信用）

受付時間　月～金曜日 9：00 ～ 18：30　土曜日 9：00 ～ 17：00

保険情報（保険情報は、保険証のコピーでも結構です。）

保険者番号			1	3	8	0	3	2	本人	1割	
記号	03-01		番号	1234					家族	2割	3割

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

後期高齢者医療、公費情報

負担者番号									1割	
受給者番号									2割	3割

公費情報

負担者番号								
受給者番号								

平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

消化器肝臓内 科　指定医師名 先生

第１希望	８月	10日	金曜日
第２希望	８月	13日	月曜日
第３希望	８月	15日	水曜日

紹介元医療機関名　医療法人社団 ○○会 ○○医院
所在地　東京都港区○○○ ○−○−○
ＴＥＬ　03-1234-5678
ＦＡＸ　03-1234-5679
医師氏名　山 田 一 郎

フリガナ	ジ ケ イ　タ ロ ウ		生年月日	明・大・昭・平
患者氏名	慈 恵 太 郎 様	(男)・女		63 年 7 月 25 日（○○ 歳）
住所	〒 105 − 8471 東京都港区西新橋３− 19 − 18		電話	(自宅) 03 −3433 − 1111 (携帯) − − (勤務先) 03 −5400 − 1202

当院または晴海ﾄﾘﾄﾝｸﾘﾆｯｸ・新橋健診ｾﾝﾀｰ受診歴（有り・(無し)・不明）

慈恵医大診察カード番号 [ ][ ][ ] − [ ][ ][ ][ ] − [ ]

※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
※セカンドオピニオンの申込みはこの用紙では対応しておりません。医療連携部門まで、お問い合わせください。

主訴又は病名・症状　病 名　　逆紹介希望　□有 ・ □無

紹介目的［入院・転医・精査（　　）・手術・リハビリ・その他］

（病名）の精査

医師指定がない場合、空欄にせず「担当医」、「初診担当」などとご記入ください。

後期高齢者医療又は公費等をお持ちの場合はご記入ください。

＜紹介される先生にお願い＞

氏名には必ず保険証と同じ正しい文字でご記入ください。（カルテ作成上必須です。）