

FAX 03-3342-6203

平成 年 月 日 受付

患者紹介用紙(FAX専用)

東京医科大学病院
総合相談・支援センター 医療連携担当 行

■受診日時 (予約済み・予約なしで来院) 月 日() 時 分

■紹介先診療科

科

先生

■紹介元医療機関情報入力欄

医療機関名			
紹介医師名			
所在地	〒		
電話		FAX	

■患者基本情報入力欄

フリガナ			性別	生年月日		
氏名			男 ・ 女	年	月	日生 (歳)
電話						
住所	〒 _____					
東医大病院受診歴	無 ・ 有(東医大病院 診察券ID番号: _____)					

<患者紹介時の注意事項>

- ◆FAXは来院予定日の前日 午後3時までにご送付ください。
但し、月曜日受診の場合は、金曜日の午後3時までにご送付ください。
- ◆夜間・休日の救急外来診療のFAXは受け付けておりません。
- ◆来院日未定の場合は、FAX不要です。

連絡先: 03-5339-3808(医療連携直通)