

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

■ 予約受診日時 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 >

- ◆ 電話にて予約取得後、患者紹介用紙(この用紙)を速やかに送信ください。
FAX到着後、登録を行い、患者さんにお渡し頂く予約票をFAXで返送いたします。
- ◆ 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)