FAX 03-3342-6203

年　　月　　日受付

患者紹介用紙（FAX専用）

東京医科大学病院
医療連携推進センター　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：　　ー　　ー　　）			

＜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（医療連携推進センター直通）