

診療申込書(事前予約)

(可能な限り診療情報提供書も併せてFAXしていただきますようお願い申し上げます。)

紹介先: 国立国際医療研究センター国府台病院

科
先生

医師を指定されない場合は
診療科のみご記入ください。

平成 年 月 日

紹介元医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
医師名	

患者さん情報	フリガナ		生年月日	性別
	患者氏名		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	住所	〒 _____ TEL _____	国籍	
	緊急連絡先電話番号			

(国府台病院受診歴 有 無 不明)

※保険証・各受給者証等のコピーをFAXしていただくか、下記欄にご記入をお願い致します。

保険者番号		記号・番号		本人・家族
公費負担番号		受給者番号		負担割合 割

※当院で予約日時を調整し、診療予約券をFAXにて返信致します。

※当日の診療状況によってはお待ちすることがございますので、あらかじめご了承下さい。

※指定された医師が救急等で診察できない場合、他の医師が診察させて頂くことがあります。

☆ 休 診 日 : 土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始(12月29日～1月3日)

☆ FAX 受付 時間 : 平日(休診日以外)9:00～16:30

時間外にお受けしたFAXのお返事は、翌日または休診日明けとなります。

◎お問い合わせ先: 国立国際医療研究センター 国府台病院 地域医療連携室

TEL: 047-375-4744 FAX: 047-375-4746