

FAX診療申込書

年 月 日

下欄の太枠内を漏れなくご記入ください。

①受診予約日	年 月 日() 時 分	担当医師	先生
フリガナ			③性別
②氏名			男・女
④生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日	(歳)
⑤住所	(〒 -)		
⑥電話番号	自宅	携帯電話	
⑦職業 (勤務先)	勤務先電話番号		可・否
	勤務先への電話連絡		
当院から患者様宛に送る予約表・質問表を勤務先に送付希望の場合にのみ当欄に送付先を記入してください。 (〒 -)			
⑧ご紹介医	医療機関名・所在地		
	TEL番号: FAX番号: 医師氏名:		

○診療申し込み時のお願い

当院の外来は予約制です。診療の申し込みは、医療連携部03-3639-5487(受付時間: 祝日を除く月～金曜日の8:30～16:30)にて予約をおとりいただき、上欄太枠内にご記入のうえ下記医療連携部直通FAXに送信してください。当院では、診察日に患者様をお待たせしないよう、本申込書にて事前にカルテを準備いたしますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【 当 院 使 用 欄 】	担当科	10. 糖尿病 20. 循環器 30. 消化器 40. その他 50. 検査のみ 80. ドック 93. みずほ								
	医師・検査内容	<input type="checkbox"/> 予約外来 <input type="checkbox"/> 依頼検査 <input type="checkbox"/> 直接入院								
	受診報告送付	同姓同名	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 人目							
	経過報告送付	カルテ: _____ 登録: _____ チェック: _____								

公益財団法人朝日生命成人病研究所附属医院
医療連携部: 03-3639-5528 (直通FAX)