

診療申込書

年 月 日

紹介先医療機関

NTT東日本関東病院

〒
所在地

医療機関名

TEL

医師氏名

印

●NTT東日本関東病院受診歴(有・無・不明)
有の場合 (診療券 No.)

科

先生

第1希望日 月 日 時頃
第2希望日 月 日 時頃

FAX受信後、受診日時等の連絡を貴院にいたします。
(希望日が翌日の場合は午前中必着)

| | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| 保険者番号 | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | 本人・家族 |

| | | | | | | |
|------|---|------------------|-------------|--|--|-----|
| フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 (歳) | | | 男・女 |
| 患者氏名 | | | | | | |
| 住 所 | 〒 | TEL | 自 宅 : | | | |
| | | | そ の 他 : | | | |

FAX 番号(フリーダイヤル):0120-34-4810(03-3448-6071)

FAX 送信後、この用紙を患者さんにお渡しください。

NTT 東日本関東病院を受診される患者さんへ

ご 案 内

※来院の際は、1 初診窓口でお受け致しますので紹介状・健康保険証及びこの「ご案内」を添えてお出しください。

| | |
|--------|---|
| 診療受付時間 | 平日/午前8時~午前11時・午後1時~午後3時 ※診療科により、診療が午前みの曜日もございます。 また、完全予約制の診療科もございますのでご注意ください。 ※診療のご予約をいただいた場合は、ご予約時間の30分前までに1 初診・紹介状受付カウンターへお越しください。 |
| 休 診 日 | 土曜日、日曜日、祝日・振替休日、年末年始(12月29日~1月3日) |

- ※お持ち頂くもの
- 保険証(保険適用の場合)
 - 公費医療証
 - 紹介状(診療情報提供書)
 - レントゲンフィルム、検査結果等(必要な場合のみ)
 - 診療券(診療券をお持ちの場合)

※指定された医師が不在の場合は他の専門医が診察させていただく場合がございます。

※ご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

NTT東日本関東病院 医療連携室

〒141-8625 東京都品川区東五反田 5-9-22

TEL 03-3448-6111 (代表)

※自動音声がかかります。ご予約の際は「1」を押していただくと、
予約センターにつながります。

FAX 0120-34-4810 (03-3448-6071)

(電話受付時間)午前8時30分~午後5時

※FAX 送信後、必ず到着確認をお願いいたします。