

## 診療申込書

年 月 日

紹介先医療機関

N T T 東日本関東病院

〒

所在地

医療機関名

TEL

医師氏名

印

科

先生

第1希望日 月 日 時頃

第2希望日 月 日 時頃

●N T T 東日本関東病院受診歴(有・無・不明)

有の場合 (診療券 No. )

FAX 受信後、貴院に受診日時等の連絡をいたします。

(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下さい。

## 当日のご案内

## 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分前に1階の1番「初診窓口」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

- マイナンバーカード (または健康保険証)  
 診療情報提供書  
 画像データ、検査結果等 (お持ちの場合)  
 お薬手帳  
 診療券 (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、医療連携室までお問い合わせください。

## N T T 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) &lt;電話受付時間&gt;午前8時30分~午後5時

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

※FAX 送信後、必ず到着確認をお願いいたします。