診 療 申 込 書

FAX送信兼患者さん交付用 ①

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 　　　〒 |
| 紹介先医療機関ＮＴＴ東日本関東病院科 |  | 所在地医療機関名ＴＥＬ㊞医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 先生 |
| 第１希望日　　　　月　　　　日　　　　時頃第２希望日　　　　月　　　　日　　　　時頃 |  | ●ＮＴＴ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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者証の記号・番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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。

当　日　の　ご　案　内

平日／午前８時～午前11時・午後１時～午後３時

診療受付時間

※診療科により、診療が午前の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。

土曜日、日曜日、祝日・振替休日、年末年始（12月29日～1月3日）

休 診 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ことがございます。

※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。

|  |
| --- |
| 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）〈電話受付時間〉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。