

東京警察病院 紹介予約申込書【FAX用】

医療連携室：TEL 03-5343-5760 FAX 03-5343-5761

※ 必要事項をご記入の上、送信願います。登録が完了次第予約内容を返信いたします。

《 紹介元情報 》

フリガナ			
医療機関名	病院・診療所・医院・クリニック		
フリガナ		診療科	
医師名			
所在地	(〒 -)		
TEL No.	() -	FAX No.	() -

《 患者様情報 》

フリガナ			
受診者氏名	様 (男性・女性)		
生年月日	(明・大・昭・平) 年	月	日 (歳)
ご住所	(〒 -)		
TEL No.	() -	FAX No.	() -
当院の受診歴	無・有 (当院登録番号：)		

《 ご希望の外来診療科・医師・その他 》

(希望診療科に ○をこけて下さい)	診療科	内科 (腎代謝科/血液内科/消化器科/循環器科/呼吸器科) 神経科 小児科 外科 (乳腺/消化管/血管) 整形外科 脳神経外科 脳血管内治療科 形成・美容外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 放射線治療科 ⇒ 事前確認事項がございますので連携室までご連絡下さい。		
希望医師	医師	希望日時等	月	日 () 時 分
注意事項	※各科：疾患によりお受け出来ない場合がございますので、まずはお問合せ下さい。 ※日曜・祝日・平日17:00以降に届いたFAXへのご連絡は翌日(祝日除く)になります。			