

## 九段坂病院 FAX送信票 / 外来予約申込書

当院へ初診受診のご希望の際、医療機関からのご連絡で外来予約をお取りします。

### 紹介元医療機関情報

医療機関名			
担当者	お名前	先生	所属
連絡先	TEL	(内線 )	FAX

### 紹介患者情報

(フリガナ)		性別	生年月日	
患者氏名	様	男・女	明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)
連絡先	自宅：	携帯電話：	患者状況	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診療科： )	(当院ID)	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	

受診希望診療科 ※ホームページの診療案をご確認ください

<input type="checkbox"/> 整形外科 (脊椎・脊髄)	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 認知症予防外来	<input type="checkbox"/> 認知症予防外来
<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・代謝科
<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 末梢血管外科	<input type="checkbox"/> 一般外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査(月～金曜日)		<input type="checkbox"/> 静的視野検査希望	<input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科

### 医師の指定、受診希望日

医師	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 指定あり	【 医師】
第1希望	月	日	曜日
第2希望	月	日	曜日
第3希望	月	日	曜日

その他

### 紹介目的

主訴または病名・症状
紹介目的

### FAX予約の手順

当文書を記入し、紹介元医療機関より  
 地域医療連携室へFAX申込み  
 FAX番号：03-3262-9317  
 受付曜日・時間：月～金 9時～17時  
 ※FAX後、地域医療連携室に電話でご依頼ください



予約票を紹介元医療機関へFAXにて返信致します



紹介元医療機関より患者さんに  
 予約票と紹介状・画像をお渡しください。

### 予約に関する注意事項

- ◆ 再診予約の方は各科外来へお問い合わせください
- ◆ 予約枠には限りがありご希望に添えない場合がございます。予めご了承下さい。中井医師の予約は、整形外科外来へ直接お電話ください。
- ◆ (代表電話番号：03-3262-9191)

九段坂病院地域医療連携室  
 TEL 03-3262-9316  
 FAX 03-3262-9317