

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いたします。

紹介元医療機関		
担当者	お名前	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		男・女	明・大・ 昭・平	年	月 日 (歳)
連絡先	自宅 :	携帯電話 :			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診療科)		(当院 ID)		

受診希望科 ※ホームページの診療案内をご確認ください。

<input type="checkbox"/> 整形外科 (脊椎・脊髄)				
<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"/> 一般外科
<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 末梢血管外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 眼科 (□静的視野検査希望)	
<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 婦人科		

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	その他
第2希望	月	日	曜日	
第3希望	月	日	曜日	

紹介目的

主訴または病名・症状
紹介目的

FAX 予約の手順

受付曜日・時間：月～金 9時～17時

FAX 番号：03-3262-9317

※FAX 後地域医療連携室に電話でご依頼ください

紹介元医療機関より FAX で依頼受付



予約票を紹介元医療機関へ FAX にて返信



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。
- ◆ 予約枠がありご希望に添えない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ◆ 中井院長の予約は、整形外科外来へ直接お電話ください。

代表電話 03-3262-9191

九段坂病院 地域医療連携室