

九段坂病院 FAX予約診療申し込み用紙

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とりします

紹介元医療機関			
ご担当者	お名前	所属	
連絡先	TEL	内線	FAX
カタカナ		性別	明・大・昭・平
患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
電話	自宅	携帯	

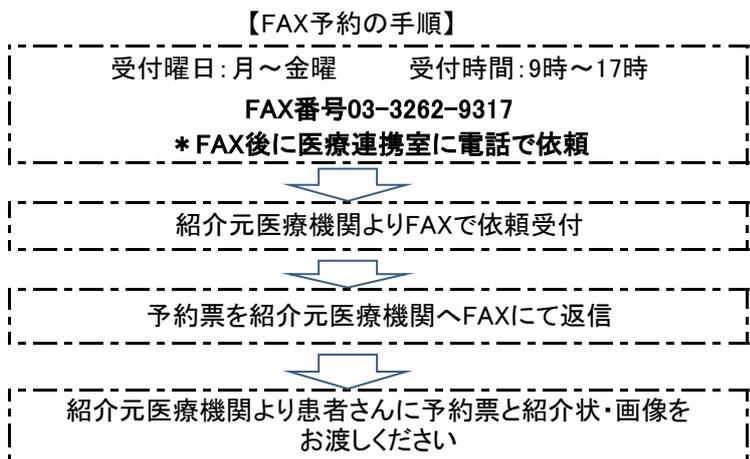
受診診療科 * ホームページの診療案内をご確認下さい

<input type="checkbox"/> 整形外科(脊椎)	<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"/> 末梢血管外科	<input type="checkbox"/> 消化器外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 眼科 (<input type="checkbox"/> 静的視野検査希望)		
<input type="checkbox"/> 泌尿器科 (火・金)	<input type="checkbox"/> 耳鼻科 (火・木)	<input type="checkbox"/> 婦人科			

医師	<input type="checkbox"/> 指定なし	<input type="checkbox"/> 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	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診療科)			当院ID

主訴または病名・症状
紹介目的

FAX番号 03-3262-9317



☆注意点

- ・再診予約の方は各科外来へお問い合わせください
- ・医師により予約できない場合もございますので予めご了承ください
- ・中井院長予約は、整形外科外来へ直接お電話ください

TEL(代表)03-3262-9191

九段坂病院 地域医療連携室