

東京女子医科大学病院 FAX診療申込書（医療機関用）

FAX送信先：地域連携室 03-5269-7387

受付時間：月～金（9時～17時） 土（9時～12時）

休診日：第3土曜日、日曜・祝日、創立記念日：12月5日、年末年始：12月30日～1月4日

※ FAX受信は24時間受信

※ 17:00以降に受信したFAXは翌診療日受付になります。

※ 下記フォームにご記入後、診療情報提供書とともにFAX送信してください。

予約確定後、「予約票」と「ご来院時の流れ」をお送りさせていただきます。

なお、確認のため電話にてご連絡させていただく場合もございます。ご了承ください。

※ 診療情報提供書（紹介状）は、症状の事前把握のためFAXにてお送りいただいております。

原本は患者さんへお渡しし、受診日当日ご持参いただくようお願いください。

紹介元医療機関

申込日（FAX送信日）： 年 月 日

医療機関名	
医師名または担当者名	
電話番号	— —
FAX番号	— —

東京女子医科大学病院受診歴		☐ 有 ID（診察券の番号）が分かる場合（ ） ☐ 無 ☐ 不明	
フリガナ		性別	男性 女性
氏名	（旧姓）	生年月日	☐ 西暦 ☐ M ☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年 月 日生（ ）歳
住所	〒 —		
電話番号	自宅 — — 携帯 — —	その他	— —
受診を希望する診療科		医師指定 ※指定がある場合のみ記入	医師
受診希望日	第1： 年 月 日（ ） 希望時間 時頃		
	第2： 年 月 日（ ） 希望時間 時頃		
	☐ 希望日なし ⇒ ※都合の悪い日（ ）		

※ ご不明な点は地域連携室までお問い合わせください。

地域連携室（直通）TEL：03-5269-7160

月～金（9時～17時） 土（9時～12時）