



## ■ 診療申込 Registration

- 今までに当院で診察を受けたことがありますか? Have you ever been to this hospital?
- 紹介状はお持ちですか? Were you referred from another hospital or doctor?  
If so, Do you have a referral letter from another hospital or clinic?
- 診察や検査の予約はありますか? Do you have an appointment?

## ■ 英文での案内表示・領収証発行を希望される方

Please check the blank if you request information display / receipt issued in English

## ■ 診察券をお持ちの患者さん

診察券番号 Your Hospital ID No.



□	□	-	□	□	□	□	-	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---

診察券をお持ちでない患者さんにご記入不要です

※保険証の記載内容に変更が生じた場合は、窓口までお申し出ください

## ■ 患者さん情報

太枠内を**全て**ご記入ください

フリガナ	旧姓 Maiden Name	性別 Sex
氏名 Name  Family Name                      First Name		男      女 (M)    (F)
生年月日 Date of Birth	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年                      月                      日 Y                                      M                                      (歳) <sup>D</sup> (Age)
住所 Address	〒 _____	
連絡先 Phone Number	必要時に病院から連絡をとることができる電話番号をご記入ください ※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話の記入もお願いします Please note phone number where we can reach you as needed	
	① 固定電話: Home Phone	_____ - _____ <input type="checkbox"/> ご連絡の際に優先する お電話番号があれば □に✓をご記入ください
	② 携帯電話等: Mobile Phone	_____ - _____ <input type="checkbox"/> どちらでも宜しい場合は ✓のご記入は不要です

## ■ 受診される診療科に○を付けてください ご予約がない場合、受診希望の診療科に○を付けてください

(If you don't have any appointment, please indicate the department you would like to visit today : \_\_\_\_\_)

★は完全予約制の診療科につき、診察には事前のご予約が必要です

	★	★						★				★					★	★				★			★	★				
総合内科	血液内科	リウマチ膠原病内科	腎臓内科	糖尿病内分泌内科	脳神経内科	呼吸器内科	アレルギー科	呼吸器外科	消化器内科	脳神経外科	循環器内科	心臓血管外科	メンタルケア科	小児科	一般・消化器外科	乳腺外科	整形外科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線診断科	放射線治療科	歯科口腔外科	緩和ケア内科	臨床腫瘍科	遺伝診療科	セカンドオピニオン

以下、病院記入欄 Below for hospital use

- 交通事故    一般保険    自費                      労働災害（公務災害）    産科    健康診断    公費（生保など）

確認日	初診受付	入力者	案内	ID
				-

必ず当院予約センターにて事前に予約を取得してから、予約日の2日前までに当院に到着するよう余裕をもって投函してください。

東京医療センター 予約センター初診予約担当係 行

# 送付状 (Cover letter)

下記のとおり紹介状等を送付します。

## 郵送内容物

今回、東京医療センターに送付されるものについて、チェックを入れて、紹介状等と本状と一緒に送付してください。

### 当院予約センターにて御予約を取得しましたか？

※予約を取得していない場合は、予約センターにて予約を取得してから紹介状等をご送付ください。

- 紹介状 (診療情報提供書)
- CD-R (※お持ちの場合のみ)
- 健康保険証の写し
- 診察券の写し (※東京医療センターの診察券をお持ちの場合のみ)
- 各種公費受給者証の写し (※お持ちの場合のみ)
- 診療申込書
- 紹介予約券 (※医療機関から御予約された場合のみ)
- その他 ( )

## 患者さまのご連絡先等

※プレパレートは郵送せず、診察当日に外来までご持参ください

予約センターにて 取得した予約日等	お名前 (Name)				
令和 年 月 日 : ~ 医師	おところ (Address)	都・道 府・県	区・市 町・村	丁目	番 号
	お電話番号 (Phone Number)	-	-		

## 投函日

令和 年 月 日

✂ キリトリ

〒152-8902  
東京都目黒区東が丘2丁目5番1号  
独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

予約センター 初診予約担当係 行

(電話番号) 03-6859-4895 (直通)



キリトリ線に沿って切り取って、レターパックの「お届け先」欄にのり等で貼付ください。

本状は初診予約制度をご利用され、紹介状等を郵送された方へのご案内です

初診予約  
(郵送済み)

# 受診日当日のご案内 (兼) 紹介状等届出済証

以下は、予約センターとお決め頂いた受診予定日・担当医などをご記載ください。

予約日時：令和 年 月 日 時 分

予約診療科： \_\_\_\_\_ 科

予約医師名： \_\_\_\_\_ 医師

## 受診日の外来受診のながれ

### 診察券をお持ちでない方



#### ①総合案内で診察券と事前予約受付票を受取る

正面玄関入ってすぐの「総合案内」にて、この用紙をご提示頂き紹介状を郵送した旨お声がけください。診察券と事前持込受付票をお渡し致します。

#### ②自動再来受付機にて受付後、予約診療科へ

診察券を受取りましたら自動再来受付機にて受付をしてください。自動再来受付機より受診票が出ますので、予約した診療科の外来受付にて看護師又はクラークまでお声がけください。

### 診察券をお持ちの方



#### ①自動再来受付機にて受付後、予約診療科へ

既に当院の診察券をお持ちの方は、直接自動再来受付機にて受付をしてください。

自動再来受付機より受診票が出ますので、予約した診療科の外来受付にて看護師又はクラークまでお声がけください。

独立行政法人国立病院機構東京医療センター 予約センター

直通ダイヤル

03-6859-4895