

ID

科 Dr 月 日()時間

専用FAX:03-3411-2596

診療依頼書(FAX専用)

独立行政法人
国立病院機構
ご希望来院日

東京医療センター 宛

記入日 年 月 日

●第1希望: 月 日() 時

紹介元医療機
関名及び住所

●第2希望: 月 日() 時

診療科

医師氏名

●希望日なし: いつでも可 早めに()

TEL

FAX

(希望)担当医師名

【傷病名・紹介目的】

●診療情報提供書は事前にFAXをお願いします。

ご 依 頼 内 容	診療科・ 特殊外来	<input type="checkbox"/> 総合内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科
		<input type="checkbox"/> リウマチ膠原病内科	<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
		<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
		<input type="checkbox"/> 内分泌代謝科	<input type="checkbox"/> 血管外科	<input type="checkbox"/> 眼科
		<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
		<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 一般消化器外科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科
		<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
		<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 臨床遺伝センター
		<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	
		<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	

フリガナ		大・昭・平・令・西暦	
患者氏名	(旧姓:)	男・女	歳
		年 月 日生	
現住所	〒 -	※電話は日中必ず連絡の取れる番号を記入して下さい	
		電話番号	
		携帯番号	
備考欄			

ご案内

◎担当医師のご希望には、必ずしも添えない場合がありますことをご了承ください。

◎FAX受領後、速やかにお返事をさせていただきますが、担当医師との調整にお時間を要する場合がございます。

東京医療センター地域医療連携室

03-3411-2595(平日8:30~17:00)