

受診予約申込書

FAX : 0120-807-880

日本医科大学付属病院

科
先生

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5
電話番号 03-3822-2131(代表)
受付時間 月～金曜日 8:30～19:00
土曜日 8:30～16:00

枠内は記入必須項目です。
(記載日: 年 月 日)

紹介元医療機関名	
所在地	
電話	
FAX	
医師	診療科
	氏名
予約確定連絡方法	<input type="checkbox"/> 医療機関へ連絡 (部署:) (担当者:)
	<input type="checkbox"/> 患者さんへ連絡

※「セカンドオピニオン外来」については、本申込書では受け付けておりません。

- 受診予約は原則として、受診希望日の前診療日までとさせていただきます。
- FAXでの承りは24時間可能ですが、休診日に上記受付時間以外のご予約確定につきましては、翌診療日以降となります。
- 予約枠に制限があり、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。
- 予約のキャンセルまたは変更の際は、病院代表番号へご連絡ください。

受診の有・無	ID	最終受診科	科	半年以内・1年以内・1年超
フリガナ		性別	元号	明治 大正 昭和 平成
氏名		男女	生年月日	年齢
住所	〒		年	月 日 歳
電話	自宅	F A X	-	-
	携帯			

傷病名・病状	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院中の場合はチェックをお願いします。
がん診療科申込の場合	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (<input type="checkbox"/> CEA、 <input type="checkbox"/> CA19-9、 <input type="checkbox"/> CYFRA、 <input type="checkbox"/> 他)
	<input type="checkbox"/> 肺異常陰影 <input type="checkbox"/> 便潜血
受診希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望 月 日 (曜日) 時 分 頃
	<input type="checkbox"/> 第2希望 月 日 (曜日) 時 分 頃
	<input type="checkbox"/> 第3希望 月 日 (曜日) 時 分 頃
	<input type="checkbox"/> なるべく早く受診したい

予約可能診療科	総合診療科	循環器内科	神経・脳血管内科	腎臓内科	消化器外科	内分泌外科	呼吸器外科	心臓血管科	乳腺科	小児科
	消化器・肝臓内科	糖尿病・内分泌代謝内科	血液内科	呼吸器内科	脳神経外科	眼科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	女性診療科・産科	泌尿器科	皮膚科
	整形外科・リウマチ外科	形成・再建・美容外科	リウマチ・膠原病内科	がん診療科						