

受診予約申込書

FAX : 0120-807-880

枠内は記入必須項目です。

(記載日: 年 月 日)

日本医科大学付属病院

	科
	先生

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:)
	<input type="checkbox"/> (担当者:)
	<input type="checkbox"/> 患者さんへ連絡

〒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

※「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	年齢
氏 名		男女	生年月日	年 月 日 歳
住 所	〒 - -			
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	放射線 治療科	東洋 医学科				