

# 初診事前予約申込書

●医療機関様情報    ご記入欄    (太枠全てご記入下さい)

お申込日：            年            月            日

|              |  |       |  |
|--------------|--|-------|--|
| 紹介元<br>医療機関名 |  | 担当医師  |  |
|              |  | 申込担当者 |  |
| 電話番号         |  | FAX番号 |  |

●患者情報    ご記入欄    (太枠全てご記入下さい)

| お名前               |  |                                                                                                             |          | 性別                       |            | 生年月日                     |            |                          |         |                          |                |
|-------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------|--------------------------|----------------|
| ふりがな              |  |                                                                                                             |          | 男・女                      |            | 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)       |            |                          |         |                          |                |
| 様                 |  |                                                                                                             |          |                          |            |                          |            |                          |         |                          |                |
| 傷病名<br>(主訴)       |  |                                                                                                             |          | 住所                       |            |                          |            |                          |         |                          |                |
|                   |  |                                                                                                             |          | 電話番号                     |            |                          |            | 受診歴                      |         | あり・なし                    |                |
| 診療科<br>(☑をご記入下さい) |  | <input type="checkbox"/>                                                                                    | 内科(一般内科) | <input type="checkbox"/> | 内科(糖尿/内分泌) | <input type="checkbox"/> | 内科(腎臓)     | <input type="checkbox"/> | 内科(血液)  | <input type="checkbox"/> | 内科(膠原病)        |
|                   |  | <input type="checkbox"/>                                                                                    | 呼吸器内科    | <input type="checkbox"/> | 神経内科       | <input type="checkbox"/> | 消化器内科      | <input type="checkbox"/> | 循環器内科   | <input type="checkbox"/> | 心臓血管外科(胸部大血管)  |
|                   |  | <input type="checkbox"/>                                                                                    | 皮膚科      | <input type="checkbox"/> | 形成外科       | <input type="checkbox"/> | 泌尿器科       | <input type="checkbox"/> | 外科      | <input type="checkbox"/> | 外科(血管外科/腹部大血管) |
|                   |  | <input type="checkbox"/>                                                                                    | 外科(乳腺)   | <input type="checkbox"/> | 脳神経外科      | <input type="checkbox"/> | 整形外科       | <input type="checkbox"/> | 産婦人科    | <input type="checkbox"/> | 小児科            |
|                   |  | <input type="checkbox"/>                                                                                    | 眼科       | <input type="checkbox"/> | 耳鼻咽喉科      | <input type="checkbox"/> | 認知症外来(精神科) | <input type="checkbox"/> | 歯科・口腔外科 |                          |                |
|                   |  | 【初診事前予約を承っていない診療科】「口腔がんセンター」「放射線科」「リプロダクションセンター」<br>「精神科(完全予約制になります。認知症以外に関しましては平日14-16時に精神科外来へ直接お問合せ下さい。)」 |          |                          |            |                          |            |                          |         |                          |                |
|                   |  |                                                                                                             |          |                          |            |                          |            |                          |         |                          |                |
| 医師のご希望            |  | なし ・ あり ( 医師)                                                                                               |          |                          |            |                          |            |                          |         |                          |                |
| 日時のご希望            |  | なし ・ あり (① 月 日 ( ) 時頃 / ② 月 日                                                                               |          |                          |            |                          |            |                          |         |                          |                |
| その他<br>連絡事項       |  |                                                                                                             |          |                          |            |                          |            |                          |         |                          |                |

●予約日時 ご記入欄 (ご予約の日時確定後、当院よりお電話をいたしますので下記へご記入下さい)

|          |                                                                                           |     |    |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 初診事前予約日時 | 年                      月                      日    (       )    時間                      : |     |    |
| 診療科      | 科                                                                                         | 担当医 | 医師 |
| 患者ID     |                                                                                           | 受診歴 |    |

【来院時間】 ご予約時間の15分前に初診受付窓口へお越しいただき、本紙をご提示ください。

【持ち物】①本用紙 ②保険証 ③診察券（受診歴がある場合） ④公費受給者証（公費使用の方） ⑤紹介状（診療情報提供書等）

東京歯科大学市川総合病院 患者支援センター 地域医療連携室

【お問合せ先】 047-322-0151(代表) (内線2226) 【受付日時】 月～金曜日 10:00～16:00

**【初診事前予約申込書 送付先】 047-324-8539（直通）**

☐患者様はこの申込書をご持参いたしません