

こちらの用紙をコピーして
ご利用ください

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 医療機関名		担当医師	
		申込担当者	
電話番号		FAX番号	

●患者様情報 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 (主訴)				住所							
				電話番号				受診歴		あり・なし	
診療科 (☒ をご記入下さい)			内科(一般内科)		内科(糖尿/内分泌)		内科(腎臓)		内科(血液)		内科(膠原病)
			呼吸器内科		神経内科		消化器内科		循環器内科		心臓血管外科(胸部大血管)
			皮膚科		形成外科		泌尿器科		外科		外科(血管外科/腹部大血管)
			外科(乳腺)		脳神経外科		整形外科		産婦人科		小児科
			眼科		耳鼻咽喉科		認知症外来(精神科)		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」									
		「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 () 時頃)									
その他 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	

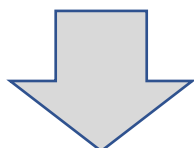
【来院時間】ご予約時間の15分前に初診受付窓口へお越しいただき、本紙をご提示ください。

【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