

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	大正・昭和・平成 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 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					

●市川総合病院 記入欄（予約返信欄）

初診事前予約日時	年 月 日（ ） 時間	:
診療科	担当医	
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)

