

初診事前予約申込書

FAX番号 047-324-8539

●医療機関情報 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	電話番号	
	担当医師	
	申込担当者	

●患者さん情報 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					
紹介目的 傷病名/主訴	住所				
	電話番号				
	受診歴	あり・なし ID:			
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(膠原病)	消化器内科
	呼吸器内科	神経内科	循環器内科	心臓血管外科(胸部大血管)	
	皮膚科	形成外科	外科	外科(血管外科/腹部大血管)	
	外科(乳腺)	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科	泌尿器科
	産婦人科	小児科	小児科(アレルギー)	眼科	耳鼻咽喉科
	歯科・口腔外科	口腔がんセンター			
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 () / ② 月 日 ()				
その他 連絡事項					

※ 神経内科・内科(腎臓)・小児(アレルギー)は予約制となります。

●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おねがいたします。)

初診事前予約日時	年 月 日 ()	:
診療科	科	担当医 医師

【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健康保険証またはマイナンバーカード ③診察券(受診歴がある) 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2242) 【受付日時】 月～金曜日 10:00-16:00