

初診事前予約申込書

FAX 047-324-8539

●医療機関情報 ご記入欄 (太枠すべてご記入下さい)

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 (太枠すべてご記入下さい)

ふりがな			性別	生年月日		
患者氏名			男・女	西暦 年 月 日 (歳)		
紹介目的 傷病名/主訴			住所			
			電話番号			受診歴
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)	
	消化器内科	呼吸器内科	※神経内科	心臓血管外科(胸部大血管)		
	循環器内科	外科	外科(乳腺)	外科(血管外科/腹部大血管)		
	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科	泌尿器科	※産婦人科	
	皮膚科	形成外科	小児科	※小児科(アレルギー外来)	※小児科(頭のかたち外来)	
	眼科	耳鼻咽喉科	歯科・口腔外科	口腔がんセンター	リプロダクションセンター	
※ 神経内科、産婦人科、小児科(アレルギー外来)、小児科(頭のかたち外来)は予約制となります。						
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 () ③ 月 日 ()					
その他 連絡事項						

×
キ
リ
ト
リ
×

●予約日時 ご記入欄 (当院より医療機関様にお電話をいたします。予約日時をご記入のうえ、患者さんにお渡しください)

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紹介状(診療情報提供書等)③マイナンバーカードまたは資格確認書
④診察券(受診歴がある) ⑤公費受給者証(公費使用の方)

ご予約受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 土曜日 9:00～12:00 (第2土曜日を除く)

※休診日、時間外の場合は、翌開院日の対応となります。



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 TEL 047-322-0151