

FAX送信先 03 - 3202 - 1003 地域医療連携係

\* FAXによる診療申し込み受付時間は、診療前日の15:00までです。休日は受付していません。

診療申込書 (FAX専用)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者氏名	フリガナ				男	* 当院で以前に診療を受けたことがありますか？  ( ある ・ ない )
					女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 生( 才 )				職業	被保険者との続柄
現住所	電話(自宅・呼出) ( )					本籍地
	都 道 区 府 県 市 郡					都道府県
保険険 主者証 世の 帯被	氏名		職業		電話 ( )	
	勤務先名称		勤務先所在地			
保険者番号		記号	番号	資格取得	有効期限	負担割合
				. . .	. . .	A・B 割
公費負担者番号		受給者番号		適用	有効期限	負担金
<input type="checkbox"/> 診療依頼 受診希望診療科・医師名 国立国際医療研究センター病院  _____ 科  _____ 医師				紹介元医療機関名 所在地  TEL : FAX :  _____ 科		
<input type="checkbox"/> 個人栄養食事指導のみ依頼						
ご来院予定日  _____ 月 _____ 日 ( )				医師名 _____ 先生		

予めFAX申込書の診療申込書をお送りいただきますと患者さまの診療録(カルテ)を事前に作成いたします。そのため、保険証の記号番号等受付に必要な事項は必ずご記入ください。