

FAX診療申込書

* 保険情報をご記入いただくか、保険証を FAX してください。 ** 負担割合は○印で囲んでください。 記載日： 年 月 日

保険者番号					本人	公費負担者番号					1割	公費負担者番号											
記号		番号			家族	公費受給者番号					2割	公費受給者番号											
受診科						紹介医療機関名																	
科						先生						所在地											
予約日時						電話番号						()											
月 日 () 時 分						F A X 番号						()											
						医師氏名						印											
フリガナ																							
患者氏名						男・女						明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)											
						(IDNo :)						西暦・()											
住所 〒 -						電話 (自宅)						()											
												電話 (携帯)						()					

* 太枠内はご記入をお願いいたします。

FAX番号 03-3857-0117 (直通)

『電話予約』のご案内

医療機関様より『初診予約センター』で電話予約を承ります

<p>〈初診予約センター電話〉</p> <h2 style="margin: 0;">03-3857-0111 (自動ガイダンス②→①)</h2>	<p>〈予約受付時間〉</p> <p>平日(月～金) 9時～16時30分まで</p> <p>土曜日(第3を除く) 9時～12時30分まで</p> <p>(祝日・年末年始 12/30～1/4・創立記念日 12/5 除く)</p>
---	---

【予約から受診までの流れ】

- ① 医療機関様より電話にてご予約を承ります。
- ② 予約日確定後「FAX 診療申込書」を送信ください。
 - ・ 外来診療担当表、ホームページをご参照ください。
- ③ 折り返し「予約票」を送信いたします。
 - ・ 患者さんにお渡しください。
- ④ 当日患者さんは、「初診受付」へお越しください。
 - ・ 予約票、保険証(医療証)、紹介状(CD-ROM)等、ご提出ください。

〈緊急性のある場合〉は、(代表電話) 03-3857-0111 (自動ガイダンス③) オペレーターに受診科をお伝えください。

〈変更またはキャンセル〉については、医療機関様より初診予約センターまでご連絡をお願いいたします。

患者さんより『初診予約センター』で電話予約を承ります(紹介状をお持ちの患者さん)

<h3>【予約専用電話】</h3> <h2 style="margin: 0;">03-5647-8288</h2>	<p>〈予約受付時間〉</p> <p>平日(月～金) 9時～16時30分まで (祝日・年末年始 12/30～1/4・</p> <p>土曜日(第3を除く) 9時～12時30分まで 創立記念日 12/5 除く)</p>
--	---



東京女子医科大学附属足立医療センター

Tokyo Women's Medical University Adachi Medical Center

患者サポートセンター [地域連携]

TEL 03-3857-0111(代表)

FAX 03-3857-0117(地域連携室)