

予約依頼書(FAX専用)  
FAX 03-3857-0117

年 月 日

東京女子医科大学附属足立医療センター  
予約センター行

○予約受診日時 月 日 ( ) 時 分

○紹介先診療科 科 先生

○紹介元医療機関情報入力欄

|       |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|
| 医療機関名 |     |     |     |
| 紹介医師名 |     |     |     |
| 所在地   | 〒 - |     |     |
| 電話    | - - | FAX | - - |

○患者基本情報入力欄

|      |     |             |       |
|------|-----|-------------|-------|
| フリガナ |     | 性別          | 生年月日  |
| 氏名   |     | 男<br>・<br>女 | 年 月 日 |
| 現住所  | 〒 - |             |       |
| 電話番号 | - - |             |       |

◆紹介目的  
【 精査 ・ 加療 ・ その他 ( ) 】

◆病名・症状

- 電話にて予約取得後、この用紙をFAXしてください。  
FAX到着後、予約票を送信いたします。
- 緊急の場合は、事前に当該診療科にご連絡頂きますようお願いいたします。

予約に関するお問合せは、電話 03-3857-0111 音声ガイダンス②⇒①で承ります。