

紹介予約依頼書

貴院さまの情報 (ゴム印で構いません)

希望受診日 _____ 月 _____ 日 ()

_____ 時 _____ 分

希望科・医師 _____ 科 _____ 医師

医療機関名	
住所	
医師名	
TEL	
FAX	

*予約できない診療科がありますので不明な場合、電話にてお問い合わせください

東大和病院・武蔵村山病院受診歴(有・無) 有の場合(大和会共通患者番号 _____)

患者さまの情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	男・女
氏名				

以下の患者情報は受診歴のある場合記入不要です。

住所	〒 _____	TEL ()
		携帯 ()

※ 差し支えなければ診療情報提供書をFAXでお送り頂くか、以下へご記入ください。

紹介目的	加療 ・ 精査 ・ 入院 ・ その他 ()
症状や病名など簡潔にご記入ください	

*診療情報提供書に詳しい内容をご記入ください。

手順と注意事項

- 1) 紹介予約依頼書、診療情報提供書をFAXにて医療連携室へお送りください。
- 2) 診察日時が決まり次第、当院より紹介患者さま予約票をFAXにて返信いたします。
診察当日は紹介患者さま予約票、診療情報提供書、保険証・医療証等、診察券(以前に受診された場合)をお持ちになり、初再診受付へ来院されるようにご説明ください。
- 3) 指定された医師が当日不在の際は、同科の専門医が診察させて頂くことがあります。

武蔵村山病院 医療連携室

TEL : 042-566-3560 (問い合わせ)

お電話による対応 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時まで
FAXの場合午後5時以降は翌診療日の対応になります

医療連携室 FAX:042-566-3451