

# 外来予約申込票 《FAX専用》

※お手数ですが、コピーをしてお使いください。

FAX: 03-5273-7749

(財)東京都保健医療公社大久保病院  
 \_\_\_\_\_ 科  
 \_\_\_\_\_ 先生  
 [宛先の医師名が不明の場合、診療名のみご記入ください]

医療機関名	
医師名	
TEL	— —
FAX	— —

フリガナ	男	生年	明・大・昭・平
[氏名]	女	年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒	電話	

大久保病院の診療券 有 ・ 無 ・ 不明

※ 有の方は 診療券番号を記入してください

病名・症状等

□□□□ - □□□□ - □

予約希望	1. 2~3日中 2. 1週先でも可	ご都合の悪い日時・曜日が あればご記入ください
------	-----------------------	----------------------------

**FAX 送信先: 地域医療連携室 03-5273-7749**

※ FAX による予約の受付

平日 9時~16時30分、土曜日 9時~11時30分までの受付→当日処理いたします

平日 16時30分以降の受付→翌日10時30分までに処理いたします

(翌日が祝休日の場合→祝休日の翌日)

土曜日 11時30分以降の受付→月曜日10時30分までに処理いたします

**【大久保病院記入欄】**

ご紹介いただきました患者さまの外来診療予約は、下記のとおりです

**予約日時: \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分**

**受診患者さまへの留意事項**

- ① 初診の方は、1階 初診受付に、予約時間の20分前までにおこしてください
- ② 再診の方は、3階 再診受付に、予約時間の5分前までにおこしてください
- ③ お持ちいただくもの: 保険証、各医療券、診療情報提供書(紹介状)、当院診察券

※ 問い合わせ先: 大久保病院 地域医療連携室

TEL: 代表 03-5273-7711 内線 2103