

# 外来予約申込書《FAX専用》

FAX番号 03-3446-5419

東京都立広尾病院  
医療連携室行

希望診療科 \_\_\_\_\_ 科

医師名 \_\_\_\_\_  
(担当医を当院にお任せいただける場合は未記入)

貴院の名称

医師名

電話(            -            -            )

FAX(            -            -            )

フリガナ _____ (男・女)	広尾病院の受診歴
患者氏名 _____	あり ・ なし ・ 不明
生年月日 ( 明・大・昭・平・令 ) 年 月 日 様(      歳)	当院のID番号(診察券番号) (      -      -      )
(診断名又は主訴)	

\* 患者氏名を記載しFAXされる際は、患者様の同意を得たうえで送信してください。

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

※担当医の都合により、患者様の御希望にお答えできない場合もありますのでご了承ください。

※当日の受診を希望される場合は、FAXによる申込はご利用いただけません。お電話により各診療科の連携担当医または救急当番医にご相談ください。

<FAX受付時間>      平日      9:00~16:30  
                         土曜日      9:00~11:00

\* 受付時間を過ぎたものについては、翌営業日のご返事となります。

(広尾病院記入欄)

## 外来予約確認書

ご紹介いただきました上記患者様の外来診療予約を、下記のとおりお取りいたしました。

\_\_\_\_\_年    月    日 (    )            時    分            科            医師

### 【受診のご案内】

- 手続きのため、予約時間の20分ほど前に「①新患受付」(正面玄関を入ってすぐ右手)にお越しく下さい。
- 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)

問い合わせ先: 東京都立広尾病院医療連携担当 03-3446-6106(直通)