

こちらの用紙をコピーして  
ご利用ください

# 初診事前予約申込書

## ●医療機関情報 ご記入欄 (太枠全てご記入下さい)

お申込日： 年 月 日

紹介元 医療機関名		担当医師	
		申込担当者	
電話番号		FAX番号	

## ●患者さん情報 ご記入欄 (太枠全てご記入下さい)

お名前		性別	生年月日			
ふりがな		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)			
様						
傷病名 (主訴)		住所				
		電話番号		受診歴	あり・なし	
診療科 (☑をご記入下さい)	神経内科	内科(腎臓)	消化器内科(一般診療)	消化器内科(二次検診)	小児科(アレルギー)	
	※上記の診療科は、完全予約制となります。					
	内科(一般内科)	内科(糖尿/内分泌)	内科(膠原病)	呼吸器内科	循環器内科	
	心臓血管外科(胸部大血管)	皮膚科	形成外科	泌尿器科	産婦人科	
	外科	外科(血管外科/腹部大血管)	外科(乳腺)	呼吸器外科	脳神経外科	
	整形外科	小児科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科・口腔外科	
口腔がんセンター						
医師のご希望	なし ・ あり ( 医師)					
日時のご希望	なし ・ あり (① 月 日 ( ) 時頃 / ② 月 日 ( ) 時頃)					
その他 連絡事項						

## ●予約日時 ご記入欄 (ご予約の日時確定後、当院よりお電話をいたしますので下記へご記入おねがいたします。)

初診事前予約日時	年 月 日 ( )	:
診療科	科	担当医 医師
患者ID		受診歴

【来院時間】 ご予約時間の15分前に初診受付窓口へお越しいただき、本紙をご提示ください。

【持ち物】 ①本用紙 ②保険証 ③診察券(受診歴がある方) ④公費受給者証(公費使用の方) ⑤紹介状(診療情報提供書等)

東京歯科大学市川総合病院 患者支援センター 地域医療連携室
【お問合せ先】047-322-0151(代表)(内線2243) 【受付日時】月～金曜日 10:00-16:00

【初診事前予約申込書 送付先】FAX直通 047-324-8539

患者さんはこの申込書をご持参いたしません