

FAX送信票 / 受診予約申込書

予約確定の通知はFAXで送信致します。

FAX番号03-5800-9102

送信先

送信日 平成 年 月 日

東京大学医学部附属病院
地域医療連携部

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1
電話 03-5800-9101(直通)
FAX 03-5800-9102

送信元

*医療機関名	
*所在地	〒
*電話番号	
*FAX番号	
*医師氏名	
電子メールアドレス	

*フリガナ				職業	
*氏名	(旧姓)	様			
*生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生(歳)	*男・女
フリガナ					
*現住所	〒	-			
*電話		携帯電話		FAX	

*診療報酬請求	1. 入院中の患者さんですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2. DPC算定の患者さんですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	3. 家族のみの受診ですか (自費扱いになります) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---------	---	---	--

東大受診歴	無・有→(科)				東大病院ID (お持ちの場合)				
*受診希望診療科 (○をつけてください)	内科				外科				
	総合内科 31	消化器内科 35	血液・腫瘍内科 36	神経内科 39	一般外科 51	肝・胆・膵外科 56	人工臓器・移植外科 60	脳神経外科 08	女性外科 59
	循環器内科 32	腎臓・内分泌内科 腎臓内科 33 内分泌内科 33		アレルギー・リウマチ内科 38	老年病科 41	胃・食道外科 54	血管外科 52	心臓外科 57	麻酔科 19
	呼吸器内科 34	糖尿病・代謝内科 37	感染症内科 40	心療内科 42	摂食障害 42	大腸・肛門外科 55	▲乳腺・内分泌外科 53	呼吸器外科 58	泌尿器科 15
	感覚・運動機能科				小児・周産・女性科			精神神経科	放射線科
	皮膚科 14	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 17	口腔顎顔面外科・矯正歯科 20	眼科 13	小児科 12	小児外科 22	精神神経科 16	放射線科 18	
★リハビリテーション科 24	整形外科・脊椎外科 10	形成外科・美容外科 21	—	女性診療科・産科 女性診療科 11 産科 11		—	原発巣と治療希望部位を備考欄に記入してください。		

*受診希望枠(○をつけてください)。	受診希望日時(予約受付は前日の午後3時までとさせていただきます)
1) 一般外来を希望します。	第一希望 年 月 日 曜日 午前・午後
2) 専門外来を希望します。	第二希望 年 月 日 曜日 午前・午後
3) 希望医師がいる場合はご記入ください。	第三希望 年 月 日 曜日 午前・午後
外来	備考欄
医師	

〈予約に関する注意事項〉

- 受診希望枠、希望医師名の記載が無い場合は、一般外来となります。
- 予約枠に制限があり、御希望に添えない場合があります。あらかじめご了承ください。
- 専門外来をご希望の場合は「医療機関専用予約枠」をご参照ください。
- セカンドオピニオン外来は受付けておりません。(セカンドオピニオン外来担当へお問い合わせ下さい)
- 予約のキャンセル又は変更の際は地域医療連携部(電話03-5800-9101)までご連絡ください。
- 2回目以降の受診は、地域医療連携部を通らず、一般患者さんと同様の再診手続きとなります。
- 受診予約は原則として受診希望日の前日午後3時までとさせていただきます。

- 診療報酬請求上、患者さんが入院中か否か、DPC算定か否かをお知らせください。
- 家族のみの受診は自費となることを患者さんにお伝えください。
- 当院では、紹介状等は診療記録の一部として患者さんへの開示対象としていることをご承知ください。
- 予約決定の通知(FAX返信)をお急ぎの場合はご一報ください。
- 患者さんのお名前、ご住所は保険証に記載されたものをお書きください。
- ▲ 乳腺か内分泌かをお知らせください。
- ★ リハビリの一般外来はお受けできません。小児リハビリのみ可能。

*は記入必須項目です。

患者さんからのご予約はお受けできません。患者さんはこちらへ

予約センター 電話:03-5800-8630(受付時間10:00~17:00 土日祝祭日 休診) 予約は受診日の2日前で締め切りとなります。

※予約センターでは医療機関からの予約申し込みも承っております。(FAX不要)