

診療申込書

年 月 日

社会福祉法人 三井記念病院

地域医療部 地域連携室 行

FAX 03-3864-7901(直通)

〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1番地
TEL 03-3864-7900(地域連携室直通)
ホームページ <http://www.mitsuihosp.or.jp/>

貴医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

※申込日当日の予約はお取りしておりません。

当日の緊急依頼や転院につきましては、直接地域連携室へお電話ください。TEL03-3864-7900(直通)

三井記念病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()科)	診察券番号
受診希望診療科	※指定医がいる場合ご記入ください。	受診希望日
科	医師	第一希望 年 月 日 曜日 第二希望 年 月 日 曜日
紹介目的 (簡単で結構ですので必ず記入をお願いします。) ※透析をされている場合は曜日をご記入ください。		

フリガナ		旧姓	生年月日	性別
患者氏名			西暦 年 月 日生(歳) 和暦	男 女
フリガナ	(-)			
現住所				
電話	()	緊急連絡先	()	
公的保険	<input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他医療券()			
外国籍の方について	外国籍の方は、下記を確認させていただきます。 <在留カード> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(医療滞在ビザが必要) <日本の公的保険証明書> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(自費 300%) ※日本語での診療が難しい場合、通訳者の同席が毎回必要となります。 ※通訳者の同席が難しい場合、院内通訳もしくは外部通訳を活用させていただきます。(自費) 対応できない言語がございますので、不明な場合は、地域連携室まで直接ご連絡ください。			

- 予約票をFAXいたします。(原則として20分以内)
- ご希望に添えない場合は、お電話でご連絡をさせていただきます。
- 平日17時(土曜日12:30)以降及び日・祝日の受付分は、翌営業日にできるだけ早急に返事をさせていただきます。