

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

FAX 03-3864-7901(直通)

〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1番地
電話 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

※当日の緊急依頼や転院につきましては、診療科に直接お電話をお願いします。 TEL 03-3862-9111(代表)

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		明・大 年 月 日生(歳)	男
		昭・平	女
フリガナ			
現住所	(-)		
電話	()	緊急連絡先	()
勤務先	電話 ()		
三井記念病院受診歴	無・有 (科)	診察券番号	

※保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信して頂く場合ご記入は不要です。

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費負担医療番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	一部負担金割合	
有効期限	年 月 日	有効期限	年 月 日

- 予約票をFAXいたします。(原則として20分以内)
- 希望に添うように調整をいたしますが、予約状況により、ご希望に添えない場合がございます。その際に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。
- 申込当日のご予約はお取りしておりません。

