

# F A X 診 療 申 込 書

\* 保険情報はご記入いただくか、保険証をFAXしてください。 \*\*負担割合は○印で囲んでください。 記載日： 年 月 日

保険者番号		本人	公費負担者番号		1割	公費負担者番号	
記号	番号	家族	公費受給者番号		2割	公費受給者番号	
					3割	公費受給者番号	
受診科			紹介医療機関名				
科			所在地				
先生			電話番号 ( )				
予約日時			FAX番号 ( )				
月 日 ( ) 時 分			医師氏名 印				
フリガナ							
患者氏名			男・女	明・大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳)
(IDNo: )			西暦・( )				
住所 〒 -			電話(自宅) ( )				
			(携帯) ( )				

\* 太枠内は全てご記入をお願いいたします。

## 地域連携室直通 FAX番号 03-3857-0117

### 『電話予約』のご案内

医療機関さまより『地域連携室』で電話予約を承ります

#### 〈地域連携室（予約）電話〉

03-3857-0112 (自動音声) 21811

#### 〈予約受付時間〉

平日(月～金) 9時～16時まで  
土曜日(第3を除く) 9時～11時まで  
(祝日・年末年始 12/30～1/4・  
創立記念日 12/5 除く)

#### 〈予約から受診までの流れ〉

- ①医療機関より電話にてご予約を承ります。
- ②予約日確定後「FAX診療申込書」を送信ください。  
・外来診療担当表、ホームページをご参照ください。
- ③地域連携室より折り返し「予約票」を送信いたします。  
・患者さんにお渡しください。
- ④当日患者さんは、「初診受付」へお越しください。  
・予約票、保険証(医療証)、紹介状(CD-ROM)等、ご提出ください。  
・診察申込書の記載は不要です。

〈緊急性のある場合〉は、(代表電話) 03-3857-0111 オペレーターに受診科をお伝えください。

〈変更またはキャンセル〉については、医療機関様より地域連携室までご連絡をお願いいたします。

患者さんより『予約センター』で電話予約を承ります(紹介状をお持ちの患者さん)

#### 〈予約専用電話〉

03-5647-8288

#### 〈予約受付時間〉

平日(月～金) 9時～16時30分まで (祝日・年末年始 12/30～1/4・  
土曜日(第3を除く) 9時～12時30分まで 創立記念日 12/5 除く)



東京女子医科大学附属足立医療センター

Tokyo Women's Medical University Adachi Medical Center

患者サポートセンター [地域連携]

TEL 03-3857-0111(代表)

FAX 03-3857-0117(地域連携室)