東京女子医科大学病院 FAX診療申込書（医療機関用）

FAX送信先：地 域 連 携 室　03-5269-7387

受付時間：月～金（9時～17時）　土（9時～12時）

休診日：第3土曜日、日曜・祝日、創立記念日:12月5日、年末年始:12月30日～1月4日

※ FAX受信は24時間受信

※ 17:00以降に受信したFAXは翌診療日受付になります。

※ 下記フォームにご記入後、FAX送信してください。
予約確定後、「予約票」と「ご来院時の流れ」をお送りさせていただきます。
なお、確認のため電話にてご連絡させていただく場合もございます。ご了承ください。

※ 診療情報提供書（紹介状）は、FAX診療申込書と一緒にお送りいただくか受診当日ご持参ください。
なお、事前にFAXでお送りいただいた場合は受診当日必ず原本をお持ちください。

紹 介 元 医 療 機 関

申込日（FAX送信日）：　　年　　月　　日

医 療 機 関 名	
医師名または担当者名	
電 話 番 号	―　　―
F A X 番 号	―　　―

東京女子医科大学病院受診歴	□ 有　ID（診察券の番号）が分かる場合　（　　） □ 無　□ 不明		
フリガナ		性 別	男性　女性
氏　名	（ 旧姓　　）	生年月日	□ 西暦　□ M□ T □ S □ H□ R 年　月　日生（　）歳
住　所	〒　　―		
電話番号	自 宅　―　―　その他　―　― 携 帯　―　―		
受診を希望する診療科		医師指定 ※指定がある場合のみ記入	医 師
受診希望日	第1：　年　月　日（　）希望時間　時頃 第2：　年　月　日（　）希望時間　時頃 □ 希望日なし ⇒　※都合の悪い日（　　）		

※ ご不明な点は地域連携室までお問い合わせください。

地域連携室（直通）TEL: 03-5269-7160

月～金（9時～17時）　土（9時～12時）