

**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	—                          —
FAX番号	—                          —

東京女子医科大学病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ID(診察券の番号)が分かる場合 (                          )		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
フリガナ		性別	男性    女性
氏名	( 旧姓 )	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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)

東京女子医科大学病院  
〒162-8666 新宿区河田町8-1 TEL03-3353-8111(代表)

科 先生

来院希望日: 月 日 ( ) 来院希望時間 時頃

東京女子医科大学病院受診歴(有・無・不明)  医療機関から送付  
患者自宅から送付  
地域連携パス(諾) (ID: )  患者連絡先(TEL・携帯・その他)

## 紹介医療機関

所在地 〒 -

名称

TEL

科名

科

医師名

印

記載日:平成 年 月 日 登録番号【No

フリガナ 明・大・昭・平  
患者氏名 男・女 年 月 日生( 歳)  
住所 〒 - TEL - -  
携帯 - -  
その他 ( )

紹介目的

紹介後の方針に関する希望

1. 経過観察は当院で 2. 経過観察は女子医大で 3. その他( )

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴

嗜好

薬物アレルギー

現病歴及び現症

検査所見

治療経過等

感染症

現在の処方

備考 1.医師の診察には原則として予約が必要となります。  
2.必要に応じて画像資料や検査記録等を添付してください。  
3.封書には宛先を必ずご記入ください。