



受付時間 月～金曜日 9:00～18:30 土曜日 9:00～17:00

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも結構です。)

後期高齢者医療、公費情報

公費情報

保険者番号	枝番	本人 家族	負担者 番号	1割	負担者 番号
記号	番号	2割 3割	受給者 番号	2割	受給者 番号
				3割	

※被保険者との続柄、負担割合に☑をしてください。

※医師の指定がない場合、空欄にせず「担当」とご記入ください。

年 月 日

<input type="checkbox"/> 最短日希望 ※翌日以降での調整となります。 第1希望 月 日 曜日 第2希望 月 日 曜日 第3希望 月 日 曜日	※専門外来ご希望の場合 外来 先生	<当院使用欄> 貴院名 所在地 TEL FAX 医師氏名 記載のFAX番号に予約票を返信いたします。
---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	----------------------------------------------------------------------

フリガナ	西暦	大	昭	平	令
患者氏名	年	月	日	(歳)
住所	〒	—	—	—	—
	電話 (自宅)	—	—	—	—
	(携帯)	—	—	—	—
	(勤務先)	—	—	—	—
当院または晴海トリートメントクリニック・新橋健診センター受診歴 (有り・無し・不明)	慈恵大学病院 診察カード番号				

※該当の場合☐に✓を
 お願いします。

貴院入院中 [入院中のまま当院へ受診 退院後、当院へ受診→退院予定日 月 日]

代理受診 (代理の方が受診する場合、自費料金となります。) 車イスで来院 ストレッチャーで来院

主訴又は病名・症状

逆紹介希望 (有り ・ 無し)

紹介目的 [精査 加療 転院 リハビリ その他]

《太枠内は必ずご記入ください》

↑ FAX番号 03-5401-1879
 FAX送信方向

注意事項

- ・FAX 予約の申込みは、診療希望日前日 (休日を除く) の13時までにお送りください。
- ・医師により予約できない場合もございますので予めご了承ください。
- ・お時間のご希望はお受けいたしかねます。
- ・当院よりお送りした FAX 予約票と紹介状を患者さんにお渡しください。
- ・セカンドオピニオンの申込みはこの用紙では対応しておりません。医療連携室まで、お問い合わせください。
- ・以下に該当の方は当院ホームページまたは医療連携室にてご確認ください。

※新型コロナウイルス陽性の診断を受けられたことがある方
 ※海外から入国後に受診する方

診療科のご案内

・消化器・肝臓内科 ・脳神経内科 ・腎臓・高血圧内科 ・リウマチ・膠原病内科 ・循環器内科 ・糖尿病・代謝・内分泌内科 ・腫瘍・血液内科 ・呼吸器内科 ・総合診療部 ・感染症科	・上部消化管外科 ・下部消化管外科 ・肝胆膵外科 ・乳腺・甲状腺・内分泌外科 ・呼吸器外科 ・血管外科 ・小児外科 ・精神神経科 ・小児科 ・皮膚科	・整形外科 ・脳神経外科 ・脳血管内治療部 ・形成外科 ・泌尿器科 ・ウイメンズクリニック (婦人科) ・産科 ・生殖・内分泌外来 ・眼科 ・耳鼻咽喉・頭頸部外科	・心臓外科 ・リハビリテーション科 ・歯科口腔外科 ・ペインクリニック ・放射線治療部 ・内視鏡部 ・スポーツウェルネスクリニック ・緩和ケア診療部 ・遺伝診療部
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

画像診断部にて FAX 予約可能な検査

・MR (単純) …MRI検査前チェックリスト必要 ・CT (単純・造影) …造影希望の場合、事前チェックリスト必要 ※CT、核医学検査を依頼する場合、患者さんへの放射線診療の実施前説明が義務化されました。	・骨塩定量 ・核医学検査
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

【お問い合わせ】

〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18
 TEL 03-3433-1111 (大代表) 医療連携室 TEL 03-5400-1202 (直通) FAX 03-5401-1879
 休診日：日曜日 祝祭日 大学記念日 (5月1日・10月第2土曜日) 年末年始

診療情報提供書
(紹介状)



東京慈恵会医科大学附属病院
東京都港区西新橋3丁目19番18号
TEL:03-3433-1111(大代表)

年 月 日

科 先生

貴院名
所在地
TEL
FAX
医師氏名
記載のFAX番号に予約票を返信いたします。

フリガナ		男・女	生年月日	西暦 大 昭 平 令			
患者氏名	様			年 月 日 (歳)			
住所	〒 -			電話 (自宅)	-	-	
				(携帯)	-	-	
				(勤務先)	-	-	
当院または晴海トリートメントクリニック・新橋健診センター受診歴 (有り・無し・不明)				慈恵大学病院 診察カード番号			

主訴又は病名・症状	逆紹介希望 (有り ・ 無し)
紹介目的 [精査 加療 転院 リハビリ その他]	

既往症及び家族歴

治療経過

現在処方	添付資料 (有り ・ 無し)
------	------------------