

都立墨東病院 予約センター

FAX:03-3633-6180

※お返事は8:30～17:00(日曜祝日を除く)の間にお送り致します

## 外来診療予約申込書(FAX専用)

この用紙は聴覚に障害のある方がFAXにて予約を取るためのものです。  
必要事項をすべてご記入の上、予約センターまでFAXをお願いいたします。

ふりがな			
氏名:	(男・女)	診察券番号:	
			※診察券をお持ちでない方は空欄のまま結構です。
生年月日:		FAX番号:	
その他連絡先 氏名	続柄( )	電話番号:	
紹介状(有・無)	紹介元の病院名:		
ご希望の日付等を記載してください			
第1希望	希望日	診療科	医師
	平成 年 月 日( )	科	医師
第2希望	希望日	診療科	医師
	平成 年 月 日( )	科	医師
現在の症状や相談内容について具体的に記載してください			
備考(ご不明な点等ございましたらこちらへ記載してください)			

病院記入欄(返信用となりますので記入不要です)

ご予約を承りました

予約日は 平成 年 月 日( ) 時 分 ~

担当は 医師です

受診の際は、この申込書と紹介状、保険証、診察券を持参の上、【総合案内・新患受付】までお越しください。

ご希望の日時で予約をお取りできませんでした

--