専用 FAX 04-2995-1130
予約受付時間 月～金 9:00～16:00

初診予約申込書
防衛医科大学校病院

送信日(申込日)令和　　年　　月　　日

※カルテ登録のため氏名・性別・生年月日等は正確にご記載ください。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
患者氏名	(旧姓:　　)	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日	歳
現住所	〒　　－			
自宅電話番号		携帯電話番号		
防衛医科大学校病院受診歴		受診券番号(防衛医科大学校病院:8桁)		
有・無・不明		ID		

受診希望日	第1希望日	第2希望日	その他
	月　日(　曜日)	月　日(　曜日)	希望日なし・(　)

傷病名及び紹介目的	予約診療科、専門分野確認のため必ずこの欄は医師が記載又は確認をしてください。

注意事項
1. 診療情報提供書に詳細内容はご記入いただき予約日当日持参させてください。なお医師指定予約及び患者さん(個人)から直接の予約はできません。
2. 当日予約は受け付けておりません。　3. 同日に2科以上の予約はお取りできません。
4. セカンドオピニオン希望の場合は別申込書にての申込みが必要です。

防衛医科大学校病院　地域医療連携センター(地域医療連携室)
〒359－8513　所沢市並木3－2
電話番号　04－2995－1511(代)　内線　3882・3043

〈発信者〉
(紹介元医療機関)

医療機関名	
診療科	
紹介医師名	
電話番号	
FAX番号 ※必須	
連絡担当者名	

※下記欄の該当診療科に○をつけてください。

診療科名																												
	循環器内科	腎臓内科	＊糖尿病内分泌科	消化器内科	＊感染症・呼吸器内科	＊血液内科	膠原病内科	＊脳神経内科	抗加齢血管内科	＊精神科	小児科	上部消化管外科	下部消化管外科	肝・胆・膵外科	小児外科	心臓・血管外科	呼吸器外科	乳腺外科	脳神経外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	産科婦人科	麻酔科	形成外科	歯科口腔外科	総合臨床部

＊印の診療科は完全紹介予約制です。

専用 FAX 04-2995-1130