



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

※本様式は初診外来予約の申込です。入院の申込ではありません。

※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。

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)

Table with 2 columns: 医療機関名, 診療科, 紹介医師名, 電話番号, FAX番号, 連絡担当者名

Main application form with fields for name, gender, birth date, address, phone numbers, and medical history.

- 注意事項 1. 診療情報提供書に詳細内容をご記入いただき予約日当日持参させてください。
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の申込書にての申込みが必要です。

※下記欄の該当診療科に○をつけてください。

Table of medical departments with checkboxes for selection.

*印の診療科は完全紹介予約制です。



専用 FAX 04-2995-1130

令和5年3月6日変更