

**FAX送信先 03 - 3202 - 1003 連携医療ネット 地域医療連携係**

\* FAXによる診療申し込み受付時間は、診療前日の15:00までです。休日は受付していません。

**診療申込書 (FAX専用)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者氏名	フリガナ	男	* 当院で以前に診療を受けたことがありますか？ (ある・ない)		
		女			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 生(才)	職業		被保険者との続柄	
現住所	電話(自宅・呼出) ( )			本籍地	
	都 道 区 府 県 市 郡				都道 府県
保険 者 証 世 帯 被	氏名			職業	
	勤務先名称			勤務先所在地	電話 ( )
保険者番号		記号	番号	資格取得	有効期限
				. . .	. . .
公費負担者番号		受給者番号		適用	有効期限
<input type="checkbox"/> 診療依頼 受診希望診療科・医師名 国立国際医療研究センター病院  _____ 科  _____ 医師			紹介元医療機関名 所在地  TEL : FAX :  _____ 科		
<input type="checkbox"/> 個人栄養食事指導のみ依頼					
ご来院予定日  _____ 月 _____ 日 ( )			医師名 _____ 先生		

予めFAX申込書の診療申込書をお送りいただきますと患者さまの診療録(カルテ)を事前に作成いたします。

そのため、保険証の記号番号等受付に必要な事項は必ずご記入ください。

\* FAX送信後この用紙は、受診日にご持参くださいますよう患者さまにお渡しください。