

外来予約申込書

多摩北部医療センター地域連携係 あて

(FAX: 042-391-8005)

§ お急ぎの予約については直接お電話にてご連絡ください

医療機関名

医師名

TEL

FAX

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生	
住所	〒			
電話	()	当センター 受診歴	あり・なし・不明	
			診察券 NO. - -	
診療科	科	予約日 連絡先	紹介元医療機関・患者さん本人	
	2・3日中 1週間先可			

【病名・症状等】 ～患者さんの都合の悪い日・医師の希望等がありましたら、あわせてご記入ください。～

----- きりとり -----

(ご紹介元医療機関記入欄：予約日等をご記入の上、患者様にお渡しください)

多摩北部医療センター 「外来予約票」

.....様

受診予定日： 月 日() 時 分
科 医師

- 初めて受診される患者さん（診察券をお持ちでない方）は、予約時間の15分前に、1階1番窓口にお越し下さい。
- 受診歴のある患者さん（診察券をお持ちの方）は、予約時間までに 総合案内の横にある再来機にカードを通してから 各診察室にお越し下さい。

〒189-8511 東京都東村山市青葉町 1-7-1

多摩北部医療センター 地域連携係

電話 042-396-3811 (内線 2073・2169)

■ご持参いただくもの■

- ①紹介状
- ②健康保険証または各種保険証
- ③医療助成（難病等）をお持ちの方は医療証
- ④当院に受診歴のある方は診察券