

FAX送信先 03-3202-1003 医療連携係

※FAXによる診療申込受付時間は、診療前日の15時までです。休日は受付していません。

診療申込書（FAX専用）

ID									
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 (ある ・ ない ・ 不明)				
				女					
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(才)	国籍			
現住所	郵便番号	—							
	《電話番号》	—	—		—				
	《携帯番号》	—	—		—				
<input type="checkbox"/> 診療依頼	受診希望診療科・医師名		紹介元医療機関名						
	科	所在地		TEL :					
	医師	TEL :		FAX :					
<input type="checkbox"/> 個人栄養食事指導のみ依頼			科						
ご来院予定日			医師名		先生				
	月	日	()						

あらかじめ診療申込書をお送りいただきますと事前にIDを作成します。

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター

患者サポートセンター医療連携係
(直通TEL) 03-3202-8066