

平成 年 月 日

診療予約申込書 (FAX用)

東京大学医科学研究所附属病院 地域医療連携室宛

FAX: 03-5449-5930

紹介内容 (可能なところのみで結構です)	受診科	<input type="checkbox"/> 血液腫瘍内科	<input type="checkbox"/> 感染免疫内科	<input type="checkbox"/> アレルギー免疫科
		<input type="checkbox"/> 総合診療科※	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍外科	<input type="checkbox"/> ピロリ菌外来
		<input type="checkbox"/> 関節外科	<input type="checkbox"/> HTLV 専門外来	<input type="checkbox"/> 遺伝子カウンセリング外来
		<input type="checkbox"/> 肝臓外来	<input type="checkbox"/> 遺伝性大腸がん外来	
医師名				
診療目的 ・病名				
希望日時	第一希望	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
	第二希望	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
患者さん情報	(フリガナ)		性別	当院受診歴
	氏名		男・女	有・無
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
	住所・TEL	〒 - TEL ()		
備考				

※総合診療科：代謝・内分泌科、消化器科、循環器科

ご紹介元医療機関名 (住所) (電話・FAX) (医師名) 医療機関名のみでも結構です	
---	--