

紹介患者受付連絡票

昭和大学江東豊洲病院

令和 年 月 日

〒135-8577 東京都江東区豊洲5-1-38

医療機関名称・所在地

医療連携担当 TEL 03-6204-6130

FAX 03-6204-6197

科 先生

患者ID No.	江東豊洲病院への受診歴（有・無）	江東豊洲病院 ID（ ）
フリガナ 氏名	（ 歳） 男・女	
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日

受診希望日	予約希望日時	月	日（ ）	:
-------	--------	---	------	---

※休診日：11月15日（創立記念日）、12月29日～1月3日（年末年始）

【ご予約方法】

■患者さんから予約

予約センターまでご連絡ください。

予約センター	受付時間：10：00～17：00 電 話：03-6204-6489 ※休診日を除く
--------	---

■医療機関から予約

1) 電話にてご予約の場合

医療連携担当までご連絡ください。

2) FAXにてご予約の場合

①『紹介患者受付連絡票（本紙）』の必要事項を記載のうえ、医療連携担当までFAXをお送りください。

②希望日時に予約をお取りできた場合は、当院からの連絡は省かせていただきます。

③希望日時に予約をお取りできない場合のみ、紹介元医療機関に日時のご相談をさせていただきます。

④FAXにつきましては、受診希望日前日の16：00までにお願いいたします。

⑤16：00以降は、翌日の予約をお取りできませんので、あらかじめご了承ください。

医療連携担当	受付時間：8：30～17：00 電 話：03-6204-6130 F A X：03-6204-6197 ※休診日を除く
--------	--

■来院時のご案内

①ご予約時間の30分前に、1階の「初診受付」にお越しください。

②お持ちいただくもの

本 紙	診療情報提供書 （紹介状）
保 険 証	診察券（お持ちの方）

※各種受給者証をお持ちの方は併せてご提示ください。

③手続き後、各診療科の受付をご案内させていただきます。

※当日の状況により、必ずしも予約時間に診察を受けられないこともございます。

あらかじめご了承ください。