

公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									

来院予定日
月 日

保険者番号							
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
被保険者氏名	(本人・家族)						

日本医科大学多摩永山病院

〒206-8512 東京都多摩市永山1-7-1
TEL042-371-2111(代)/FAX042-372-7452

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

科

電話番号

先生

医師氏名

印

(フリガナ) 患者氏名	性別	生年月日	大・昭・平・令		
	様 男 女	年 月 日	生(歳)		
住 所 〒	☎ (- -)				
多摩永山病院への受診歴(有・無・不詳) ID番号()					

FAX 送信後、この用紙を患者様にお渡してください。

日本医科大学多摩永山病院に受診される患者様へ

ご 案 内

* ご来院の際は、初診受付にこの「診療申込書」をお出してください。

- 初 診 受 付 月～土曜日 午前8時30分～11時00分
- 休 診 日 日曜日、祝祭日、年末年始(12月30日～1月4日)
創立記念日(4月15日またはこの振替日)
- お持ち頂くもの ・保険証 ・公費医療証(お持ちの方のみ)
・紹介状(診療情報提供書)
・画像データ(必要に応じて)
・診察券(多摩永山病院の診察券をお持ちの方)
- 予 約 方 法 下記時間内にご連絡のうえ、予約センターまたは診療科にてご予約下さい。
受付時間(平日) 9時～17時
(土曜) 9時～16時

電話番号 042-202-8489

*お問い合わせ・連絡先 日本医科大学多摩永山病院
 医療連携室 ☎ 042-202-8230 (ダイヤルイン)
 外来受付 内線2316番 ☎ 042-371-2111(代)

📌 [FAX 送信先(医事課外来)] ➡ 042-372-7452 📌

紹介・診療情報提供書

(貴 医 療 機 関 控)

日本医科大学多摩永山病院

〒206-8512 東京都多摩市永山1-7-1
TEL042-371-2111(代)/FAX042-372-7452

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

科

電話番号

先生

医師氏名

印

(フリガナ) 患者氏名	性別	生年月日	大・昭・平・令
様	男 女	年 月 日生	(歳)
住 所 〒	-	☎ (- -)
多摩永山病院への受診歴 (有・無・不詳) ID 番号 ()			
【傷病名】			
【紹介目的】			
患者返送希望 <input type="checkbox"/>			
【既往歴及び家族歴】			
【症状・治療経過及び検査結果】			
【現在の処方】	【備考】		
(注) 1. 必要がある場合は検査画像データ、検査の記録を添付してください。 2. 必要に応じて任意の用紙に記載してください。 3. 当院での検査・治療終了後、貴院での経過観察・治療の再受入が可能であれば「患者返送希望」欄にし印を記載してください。			