

紹介患者受診申込書

(A)FAX用

国家公務員共済組合連合会

虎の門病院

FAX

03-3560-7878

作成日： 年 月 日

<紹介元医療機関>

※必ずTELとFAX番号をご記入ください。

診療科名 _____ 科

紹介元
医療機関名

医師名 _____ 先生

所在地：

予約日 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

TEL：

※予約については事前にお電話にておとりください。

FAX：

診療科
医師氏名

フリガナ		生年月日	和暦	年	月	日	男・女
患者氏名					()	歳	
住所	〒	携帯					
		TEL	自宅・勤務先・その他()				
当院の受診歴	有 ・ 無 有りの場合は診察券番号をご記入ください。→						
傷病名・症状 紹介目的							

患者さんへ

- ・診療の都合によっては、お待たせすることがございますので、あらかじめご了承ください。
- ・ご指定いただいた医師が休診の場合は、別の医師が拝見する場合がございます。

【お問い合わせ先】

〒105-8470 東京都港区虎の門2-2-2
国家公務員共済組合連合会
虎の門病院 患者支援部 医療連携室
電話 03-3560-7823 (直通)

医療機関の方へ

〔受診申込FAX番号〕：患者支援部 医療連携室 03-3560-7878

(FAX受付時間：平日 午前8時30分～午後7時00分)