

## FAX 診療申込書

東京山手メディカルセンター  
総合医療相談（地域連携）室

FAX（直通）：03-3365-5951

医療機関名

・担当医の指定がある場合は休診日をご確認ください。

フリガナ						男 ・ 女
氏名						
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	歳	
住所	(〒 - ) 必ず記入してください。					
電話	自宅	-	-	-	-	
	勤務先	-	-	-	-	
	その他の連絡先	-	-	-	-	
あなたが 保険証の家族 のとき、ご記 入ください	フリガナ					
	世帯主の氏名：					
	世帯主との続柄： 夫・妻・子・父・母・その他（ ）					
受診する科	内科	外科	肛門科	脳外科	整形	
	産婦	眼科	耳鼻	小児	皮膚	
	泌尿器	放射線	透析	歯科	その他	
*東京山手メディカルセンター を受診する日時	月	日 ( )	:	担当医		

### 初診より予約可能な診療科

(紹介状をお持ちになり受診される方は  
お電話にてご予約をお受けいたします。)

糖尿病・内分泌科、炎症性腸疾患~~等~~、  
外科、足外来、  
泌尿器科、産婦人科、  
脊椎脊髄~~等~~、腫瘍外来（整形外科）

