受 診 連 絡 票 （Fax用）

順天堂大学医学部附属練馬病院
地域医療連携室　行

Fax番号　03（5923）3226

受診予定日　　月　　日（午前・午後）

※Faxは診療の前日（祝祭日を除く）までにお送りください。

貴医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿　住所＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿

※Fax受信の連絡をいたしますのでご記入ください。

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　Tel　（　　）

Fax　（　　）

↓当院診療科に指定医がいる場合ご記入ください。

受診される診療科名に○印をご記入ください。　（　　先生）

○印																									
受診科	総合診療・性差科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	腎・高血圧内科	膠原病・リウマチ内科	血液内科	糖尿病・内分泌内科	脳神経内科	小児科	小児外科	総合外科	乳腺外科	心臓血管外科	呼吸器外科	脳神経外科	整形外科・スポーツ診療科	形成外科	皮膚・アレルギー科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉・頭頸科	放射線科	産科	婦人科	麻酔科・ペインクリニック

フリガナ

患者氏名　　様　　男・女　　年　　月　　日生（　　歳）

住所

患者連絡先Tel　（　　）

順天堂大学練馬病院にかかったことがありますか？　・ない　・ある（ID No.　　）

※お問い合わせ先　地域医療連携室　電話　03（5923）3202（直通）