

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 03-5923-3226

受診予定日 月 日 (:)

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	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
受診科																										

フリガナ

T
S
H
R

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:)

※お問い合わせ先 医療連携室 電話 03(5923)3202(直通)