

初診事前受付申込書(FAX 用)

下記の必須事項項目にご記入の上、「初診事前受付センター」へご送信ください。

※「紹介状または健診結果をお持ちの患者様」が対象のお手続きとなります。各外来の診察時間予約ではありませんので予めご了承ください。

※セカンドオピニオンはお申し込みできません。セカンドオピニオンのお申し込みはお電話にて「メディカルコンシェルジュ」(03-5802-1921)へご連絡ください

受診科: 紹介状の封筒に宛名の記載がある科へ○印をご記入下さい

総合診療科	循環器内科	呼吸器内科	腎・高血圧内科	膠原病・リウマチ内科	糖尿病・内分泌内科	腫瘍内科	小児科・思春期科	食道・胃外科	大腸・肛門外科	肝・胆・膵外科	心臓血管外科	呼吸器外科	小児外科	小児泌尿生殖器外科	脳神経外科	整形外科・スポーツ診療科	脊椎脊髄センター	形成外科	皮膚科	泌尿器科	眼科	コンタクトレンズ	耳鼻咽喉・頭頸科	放射線科	婦人科	麻酔科・ペインクリニック	睡眠・呼吸障害センター	足の疾患センター
-------	-------	-------	---------	------------	-----------	------	----------	--------	---------	---------	--------	-------	------	-----------	-------	--------------	----------	------	-----	------	----	----------	----------	------	-----	--------------	-------------	----------

「診察医師の指定」または「専門外来の指定」: 紹介状の封筒の表書きの記載をご記入ください。

医師名 _____ 専門外来名 _____

順天堂医院での受診歴 有 無 ※順天堂の診察券をお持ちの方はIDをご記入ください _____

画像データの有無 CD/DVD フィルム 無

婦人科を受診の方のみ下記の間診にご記入ください。

他の病院・検診で指摘された病名

子宮筋腫 子宮内膜症(子宮腺筋症含) 卵巣嚢腫 不妊 がんの疑い 胎盤関連疾患

腹腔鏡手術希望 診察日 火・水・木・金PMのみ その他(_____)

(腹腔鏡手術の専門医師のご受診: 1年以内のMRIのデータが必須。お持ちでない場合、初診時は案内不可)

受診希望日 第一希望: 令和 年 月 日()曜日 午前 / 午後

第二希望: 令和 年 月 日()曜日 午前 / 午後

患者様情報

	フリガナ
	患者氏名
生年月日	明(M)・大(T)・昭(S)・平(H)・令(R) 年 月 日 性別 (M)男・(F)女
住所	〒 _____
	電話 自宅又は連絡先 ()
	携帯 ()
	勤務先 ()
紹介元医療機関名	紹介元医師名

受付票の返送方法: 当センターからの受付票返送により、お手続き完了となります。下記いずれかの返送方法をご選択ください。

FAX: _____ E-mail: _____ 郵送: _____

健康保険証の情報: 健康保険証のコピー添付可。「公費」の項目は対象の方のみご記入下さい。

主保険	保険者番号	被保険者との続柄	本人・家族
	記号・番号	記号 番号	資格取得日
公費	公費負担者番号	公費負担者医療の受給者番号	
	資格取得日	有効期限	
	後期高齢者受給者証の割合	1割・2割・3割	右記該当の場合

連絡先 TEL03-5802-1216(直通) FAX03-3812-7560

電話受付対応時間: 月曜日～金曜日午前9:00～午後4:00まで、土曜日午前9:00～午前11:00まで
(休診日、対応時間外: 毎月第2土曜日・日曜日・祝日・創立記念日 5月15日・年末年始 12/29～1/3)