

診療依頼票（診療情報提供書）

【予約方法】

- ① お電話にてお申込み下さい。（TEL : 03-5724-6474）
- ② スケジュールを確認し、ご予約をお取りいたします。
- ③ 「診療依頼票(診療情報提供書)」をFAX送信して下さい。（FAX : 03-5724-6471）
①～③で予約完了です。（予約票等はお出しいたしません。）
「診療依頼票(診療情報提供書)／三宿病院用」は患者様へお渡しいただき、
受診日にご持参いただきますようお願いいたします。

※ 当日は予約時間の15分前までに2番初診受付へお越しください。

※ 予約申込みはご希望日前日（平日）までをお願いいたします。

※ FAXでもご予約可能ですが、受付時間外のお申込は翌診療日の回答となりますので
ご了承下さい。

【予約受付時間】

平日 9:00～17:00

【連絡先】

医療連携室直通 **TEL 03 - 5724 - 6474**
FAX 03 - 5724 - 6471

【お知らせ】

※ 診療の都合によっては、お待たせすることがございます。

※ やむを得ず、ご指定いただいた医師が休診の場合は別の医師が診察させていただく場合
がございますので予めご了承下さい。

国家公務員共済組合連合会 **三宿病院 医療連携室**

〒153-0051 東京都目黒区上目黒5-33-12

2018.08

診療依頼票（診療情報提供書）

年 月 日

診療科

科 先生

検査

内視鏡 上部 (経鼻 経口)
下部 PEG交換 その他

CT 単純 造影
頭部 胸部 腹部
その他

MRI 単純 造影
頭部 胸部 腹部
その他

骨密度 検査のみ 検査+導入（治療）

医療機関/所在地	
TEL	
FAX	
医師名	印

第1希望 月 日 () 時 分

第2希望 月 日 () 時 分

その他

フリガナ 患者氏名	男 女 様 女	M T S H 年 月 日 歳
住所	TEL	
当院受診歴	有 無 不明	当院ID
紹介目的	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他	
傷病名 主訴 症状経過 既往歴 処方内容	<input type="checkbox"/> 以下別紙参照	
備考	身長 (cm) 体重 (kg) クレアチニン () BUN ()	

FAX送信先 03-5724-6471 医療連携室行き