令和　　年　　月　　日

多摩総合医療センター診療申込書

FAX 042-323-9205（受付時間：月～金 9時～17時、土 9時～12時）

○受診診療科

総合診療科	消化器・一般外科	歯科口腔外科
消化器内科	血管外科	産科(ﾊｲﾘｽｸ)
腎臓内科	乳腺外科	産科(超音波)
内分泌代謝内科	呼吸器外科	婦人科
血液内科	心臓血管外科	眼科
脳神経内科	整形外科	耳鼻咽喉・頭頸部外科
呼吸器・腫瘍内科	脳神経外科	感染症内科
呼吸器内科（結核疑い）	形成外科	リウマチ膠原病内科
循環器内科	皮膚科	リウマチ外科
精神神経科	泌尿器科	放射線科
神経・脳血管内科	ゲノム診療科	麻酔科

○紹介元医療機関情報

施設名	
連携医No.	
所在地	
診療科名	
医師氏名	先生
電話番号	
FAX番号	

○希望医師名

医師

受診歴（旧府中病院）の有無　　有　・　無　・　不明

（ID番号　　）

ﾌﾘｶﾞﾅ	性別	生年月日	年齢
患者氏名	男　・　女	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	
住所　〒			
電話		携帯	

○　診療情報

〈傷病名・症状等〉**※記入必須**

〈紹介目的〉　診察　・　検査　・　セカンドオピニオン

〈緊急度（2・3日中診察希望）〉　有　・　無

○受診希望日

第一希望	月	日（　　）	午前・午後
第二希望	月	日（　　）	午前・午後
第三希望	月	日（　　）	午前・午後

都合の悪い日

	月	日（　　）	午前・午後
	月	日（　　）	午前・午後
	月	日（　　）	午前・午後
	月	日（　　）	午前・午後

受付後「予約確認書」を返送いたします