

北里大学病院・「小児科外来」紹介患者事前予約申込書

年 月 日

北里大学病院		初 診	— —	
登録番号		受診有		
(ふりがな)				
患者氏名		様		
生年月日		S・H	・	男
		R		女
現住所		〒		
患者様連絡先 電話番号等		自宅	—	—
		携帯	—	—
紹介元	ご住所			
	医療機関名			
	診療科			
	電話番号	— —		
担当者ご氏名		医師・看護師・受付他		

※ご予約は、トータルサポートセンター病診連携担当に電話をお願いします。

(医療機関の医師以外の医療関係者も可能です。)

※診察予約日時は、担当医師に確認のうえ病診連携担当より紹介元医療機関にご連絡いたします。

※診療情報提供書(紹介状)、保険証は、当日ご持参下さい。

※自動受付機を通さず初診カウンターで受付してください。

北里大学病院 トータルサポートセンター

TEL 042-778-9988

FAX 042-778-8235