

# 外来予約申込書

多摩北部医療センター地域連携係 あて  
(FAX 042-391-8005)

医療機関名

医師名

TEL

(連絡担当者)

FAX

§ お急ぎの予約については直接お電話にてご連絡ください

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	
住所	〒			
電話	( )	当センター 受診歴	あり・なし・不明	
			診察券NO.	- -
診療科	科	ご都合の悪い 日時・曜日が あればご記入 ください。		
	2・3日中 1週間先可			

その他 (病名、症状、希望医師等)

----- きりとり -----

(ご紹介元医療機関記入欄：予約日等をご記入の上、患者様にお渡してください)

## 多摩北部医療センター「外来予約票」

様

受診予定日： 月 日( ) 時 分

科

医師

- 初めて受診される患者さん (診察券をお持ちでない方) は、予約時間の15分前に、1階1番窓口にお越し下さい。
- 受診歴のある患者さん (診察券をお持ちの方) は、予約時間までに 総合案内の横にある再来機にカードを通してから 各診察室にお越し下さい。

〒189-8511 東京都東村山市青葉町 1-7-1  
多摩北部医療センター 地域連携係  
電話 042-396-3811 (内線 2073・2169)

### ■ご持参いただくもの■

- ①紹介状
- ②健康保険証または各種保険証
- ③医療助成 (難病等) をお持ちの方は医療証
- ④当院に受診歴のある方は診察券