

年 月 日

内視鏡検査予約票 (FAX用)

紹介先医療機関

〒151-8528 東京都渋谷区代々木 2-1-3

J R 東京総合病院

第1希望: 月 日 () 午前・午後

第2希望: 月 日 () 午前・午後

第3希望: 月 日 () 午前・午後

特記事項 ()

紹介元

住 所:

機関名:

電 話:

F A X:

医師氏名: _____

| | | | | | | | |
|----------------|--|-----|-----------|-----|--------|----|-----|
| ふりがな | | 生年 | 明・大 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |
| 患者氏名 | | 月日 | 昭・平 | (| | 歳) | |
| 住 所 | | | | 電 話 | | | |
| J R 東京総合病院 受診歴 | | 有・無 | J R 診察券番号 | | ※分かる場合 | | |

※ 以下、該当項目の種別を **1つだけ** ○で囲んで下さい。

| No. | 種 別 | 主な注意事項 |
|-----|------------|--------------------|
| 1 | 上部内視鏡 (GS) | 検査枠 (月・木・金) ①10:30 |

ご不明な点がございましたら下記にお問い合わせ下さい。

JR 東京総合病院 / 医療連携室 TEL (03)3373-5931 FAX (03)3370-7478

【 月曜日～金曜日、土曜日 (第2・4) 8時30分～17時00分 】