

FAX 診療申込書

担当医の指定がある場合は休診日をご確認ください。

医療連携室：03-3364-0366(直通・FAX)

医療機関名

フリガナ						男 ・ 女
氏名						
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	歳	
住所	(〒 -) 必ず記入してください。					
電話	自宅	-	-			
	勤務先	-	-			
	その他の連絡先	-	-			
あなたが保険証の家族のとき、ご記入ください。	フリガナ					
	世帯主の氏名：					
	世帯主との続柄：	夫・妻・子・父・母・その他()				
	内科	外科	肛門科	脳外科	整形	
	産婦	眼科	耳鼻	小児	皮膚	
	泌尿器	放射線	透析	歯科		
* 社会保険中央病院を受診する日		月	日	担当医		

社会保険中央総合病院

* 外科・泌尿器科・産婦人科は初診よりご予約できます。

予めお電話にてご予約ください(月～金)

上記各科外来でのご予約：14時～16時

医療連携室 9時～17時：お問い合わせ承ります。