

北里大学病院・「眼科(小児・弱視斜視、斜視神経専門)」紹介患者事前予約申込書

20 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	H・R . .	男	
		女	
現住所	〒		搬送方法 救急車・寝台車
患者様連絡先電話番号等※	— —		
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	
科目 (どちらかに○をつけてください)	小児・斜視弱視 / 斜視神経専門		

※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。)

※患者さんに、「診療情報提供書(紹介状)、保険証、予約票」を
診察当日ご持参いただくようお願いください。

※患者さんに、「自動受付機を通さず初診カウンターで受付する」ようお願いください。

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