

ファックス送付先：042-346-3610

国立精神・神経医療研究センター病院

電話再診申込書

①申込日 令和2年 月 日

②患者番号

フリガナ
③氏名

④生年月日 年 月 日

⑤外来予約日時 令和 年 月 日 時間 :

⑥診療科・担当医 科 医師

⑦診察前の検査 あり なし

⑧健康保険証の変更 あり→コピーをファックスでお送りください なし

⑨日中に連絡がつく電話番号 ☎ ① ②

⑩薬局名 (支店名)

⑪処方せん・在宅物品 あり なし

⑫院外処方せん・在宅物品 送付先住所

〒 -

医師の判断により、電話再診できない場合があります。その際にご連絡します
なお、ここでご記入いただく個人情報は、この目的のみに使用します

(病院使用欄)

予約センター	看護師
受付	連絡・確認