

【聴覚障害者の(電話予約が利用できない)方からの申込専用です】

受付No. _____

※ 電話予約が可能な方のご利用には対応することはできません。あらかじめご承知おき下さい。

送信先: 東京都立多摩総合医療センター 医事課医事業務担当

FAX番号: 042-312-9156

FAXによる診療予約・予約変更申込書

太枠内の該当部分をご記入ください。

		FAX送信日 平成 年 月 日										
当院の受診歴	有・無	有の場合は、診療券番号→										
フリガナ		生年月日		年 月 日								
患者氏名		年齢	歳	性別								
住所	〒											
FAX番号												
※誤送信を防ぐため、FAX番号はわかりやすくはっきりとご記入ください。												
■初診・再診の診療予約の方は、以下をご記入ください。												
受診診療科	受診医師名 ※紹介状の宛先に医師名がある場合		紹介元医療機関名 ※診療情報提供書(紹介状)が無い場合、受診予約が出来ない診療科があります。									
診療情報	<傷病名・症状等> ※記入必須											
来院時 配慮して ほしいこと	※筆談や手話での対応が必要など、日常のコミュニケーション手段等をご記入ください。											
予約希望日時	有(下欄に記入してください) ・ 無(いつでもよい)											
	第一希望	平成	年	月	日	時頃希望	その他(曜日の希望など)					
	第二希望	平成	年	月	日	時頃希望						
	第三希望	平成	年	月	日	時頃希望						
※予約希望日時は、あくまで参考までにお伺いしております。予約可能日がかなり先の日にちとなる診療科がございますので、ご希望通りに予約が取れない可能性があることをあらかじめご了承ください。												
■予約変更の方は、以下をご記入ください。												
予約診療科	変更前 予約日時		変更後 希望日時									
	平成	年	月	日()	時	分	平成	年	月	日()	時	分
※ご希望通りに予約が取れない可能性があることをあらかじめご了承ください。												

■予約日決定までの流れ

この「FAXによる診療予約・予約変更申込書」を当院あてにFAXで送信してください。

◎希望日の予約が可能な場合

決定した予約日時を患者さんあてにFAXで返信します。

◎希望日の予約が不可能な場合、予約希望日がない場合

①予約可能な日時(候補1~3)を「FAXによる診療予約・予約変更のお返事」にて患者さんあてにFAXで返信します。

②予約可能な日時(候補1~3)のうち何れか1つに○をつけて、FAX受信後5日以内(土・日・祝日・年末年始を除く)に当院あてにFAXで返信してください。(5日以内(土・日・祝日・年末年始を除く)に返信がない場合は、申込は無効となります。)

■返信スケジュールについて

※平日の朝9時までに届いたものは、その日の17時30分までに返信します。

※朝9時以降に届いたもの及び土・日・祝日・年末年始に届いたものは、翌平日の17時30分までに返信します。

※上記の日時まで当院から返信がない場合は、何らかの理由で当院にFAXが届かなかったと考えられます。

送信先FAX番号をご確認の上、再度、当院あてにFAX送信してください。