

ご 案 内

平成 年 月 日

医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院

〒196-0003 東京都昭島市松原町3丁目1-1

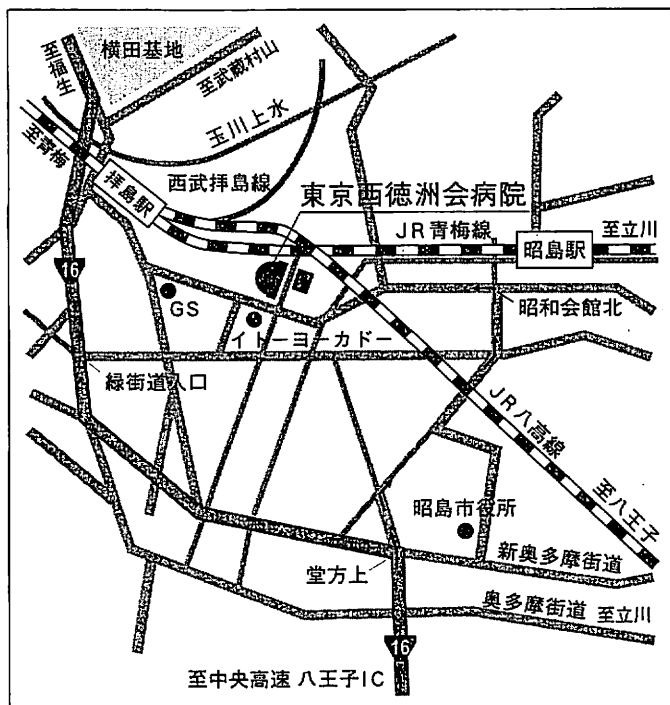
TEL : 042-500-6646 (地域連携室)

FAX : 042-546-2482

○ お持ち頂くもの

- ① 〈紹介状〉 ② 保険証 ③ 各医療券 (老人医療券等)
- ④ 診察カード (東京西徳洲会病院診察カードをお持ちの場合のみ)

○ 交通・地図



■電車でお越しの場合

- JR青梅線「拝島駅」南口より出て左へ真っ直ぐ、松原町4丁目交差点を左側へ道なりに真っ直ぐ行った左側。(徒歩8分)
- JR青梅線「昭島駅」南口より出て右へ真っ直ぐ、JR八高線のガードを潜って真っ直ぐ行った右側。(徒歩13分)

■お車でお越しの場合

- 八王子方面及び中央自動車道でお越しの場合
中央自動車道八王子インターチェンジ方面より国道16号を昭島方面へ北上、堂方上交差点を直進、JR八高線踏切を越して「昭和会館北交差点」を左折し江戸街道を拝島方面に真っ直ぐ行った右側。
- 立川方面よりお越しの場合
立川方面より新奥多摩街道を西進、堂方上交差点を直進し、緑街道入口交差点を右折、イトーヨーカドーの手前の道を左折して突き当たり右折。
- 福生、武蔵村山方面よりお越しの場合
国道16号を八王子方面へ南下し、緑街道入口交差点を左折、イトーヨーカドーの手前の道を左折して突き当たり右折。

J R 青梅線または西武拝島線 拝島駅南口下車 徒歩約8分

J R 青梅線 昭島駅下車 徒歩約10分

<地域医療連携係からのお願い>

- このFAX用紙は、事前の予約とカルテを作成するためのものです。
- 受診希望日の前日(日曜・祝日・年末年始を除く8:30~17:00(土曜は8:30~12:00))までにFAXをお願いいたします。
- 次のページは専用の診療情報提供書です。貴院の様式でも差し支えありません。
- この用紙によりご照会いただいた患者さまは待ち時間が短縮されます。
- 救急の患者さま及び当日の受診患者さまの場合は直接病院にお電話いただき、当院の医師と確認の上、患者さまに紹介状を受付窓口にお渡しいただくよう説明下さい。

医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院 TEL : 042-500-4433 (代表)

診療情報提供書

FAX 042-546-2482

平成 年 月 日

東京西徳洲会病院

紹介元医療機関名：

所在地：

TEL：

FAX：

医師名： 科

科

医師行

受診希望日

| | | | |
|-------|---|--|------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者様氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 明・昭 大・平 年 月 日生 (才) |
| 住 所 | 〒 | | 電話 |
| 前回受診歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (徳洲会病院診察券 No.) | | |

| 傷病名： | 検査項目 |
|---------------------------------|--|
| 現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方、患者さまへの説明内容等 | <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> RI検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 その他の検査 検査目的 ※検査依頼の場合は別紙の依頼票への記入もお願い致します。 |

東京西徳洲会病院受診歴 (有・無)

〈被保険者〉

| | |
|----------|-------|
| 保険者番号 | |
| 記号 | 番号 |
| 資格取得日 | 年 月 日 |
| 有効期限 | 年 月 日 |
| 被保険者との続柄 | |
| 割 合 | 割 |

〈第1公費負担医療受給者票〉

| | |
|----------|-------|
| 負担者番号 | |
| 受給者番号 | |
| 一部負担金の割合 | 割 |
| 有効期限 | 年 月 日 |

診療希望日時 年 月 日 時頃

東京西徳洲会病院 TEL 042-500-6646 (地域連携室)

診療情報提供書

FAX 042-546-2482

平成 年 月 日

東京西徳洲会病院

紹介元医療機関名：

科

医師 行

所在地：

TEL：

FAX：

医師名： 科

受診希望日

| | | | |
|-------|--|--|------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者様氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 明・昭 大・平 年 月 日生 (才) |
| 住 所 | 〒 | | 電話 |
| 前回受診歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (徳洲会病院診察券 No.) | | |

| 傷病名： | 検査項目 |
|---------------------------------|--|
| 現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方、患者さまへの説明内容等 | <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> RI検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 その他の検査 検査目的 ※検査依頼の場合は別紙の依頼票への記入もお願い致します。 |

東京西徳洲会病院受診歴 (有・無)

〈被保険者〉

| | |
|----------|-------|
| 保険者番号 | |
| 記号 | 番号 |
| 資格取得日 | 年 月 日 |
| 有効期限 | 年 月 日 |
| 被保険者との続柄 | |
| 割 合 | 割 |

〈第1公費負担医療受給者票〉

| | |
|----------|-------|
| 負担者番号 | |
| 受給者番号 | |
| 一部負担金の割合 | 割 |
| 有効期限 | 年 月 日 |

診療希望日時 年 月 日 時頃

東京西徳洲会病院 TEL 042-500-6646 (地域連携室)