

# 電話診療予約申込書(紹介状お持ちの方専用)

## 予約票

お電話頂く際

お名前 様

---

予約時間 月 日 ( 曜日 )

---

午前・午後 時 分

---

1. お手元にご用意下さい

- ・紹介状(封筒は開けないようお願いします)
- ・当院の診察券(お持ちの方のみ)

2. お電話の際ご確認ください。

- ・患者様のお名前(漢字・カナ)
- ・生年月日
- ・電話番号(連絡先)

**\* 予約時間30分前にご来院ください**

外来予約センター(直通)

**042-523-3856**

受付時間: 月～金曜日(平日) 8:30～17:00  
第2・第4土曜日 8:30～12:00



受付場所

紹介専用カウンター

持ち物

- 電話診療予約申込書(本申込書)
- 紹介状(診療情報提供書)
- 健康保険証(医療券等)
- 診察券(当院受診歴がある方)
- お薬手帳(お持ちの方)
- レントゲンフィルム、CD-R(お持ちの方)

国家公務員共済組合連合会 立川病院  
住所: 東京都立川市錦町4-2-22  
電話: 042-523-3131(代)