

# 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

#### 1. お手元にご用意ください

・紹介状(封筒は開けないようお願いします)

・当院の診療券(お持ちの方のみ)

#### 2. お電話の際ご確認させて頂きます

・患者さんのお名前(漢字・ふりがな)

・生年月日

・連絡が取れる電話番号

お名前 様  
診療科:  
医師名:  
予約時間 月 日( 曜日)  
午前・午後 時 分

\* 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



### 受付場所

#### 1. 診療受付窓口

### 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)
- マイナンバーカード
- または資格確認書・医療券等
- 診療券(当院受診歴がある方)
- お薬手帳(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)