

名古屋掖済会病院
FAX紹介受診予約申込書
地域医療支援センター
FAX : 052-652-7953

記入日	年	月	日
(紹介元医療機関)			
所在地			
医療機関名			
医師氏名			
TEL			
FAX			

フリガナ		旧姓	性別	生年 月日	大・昭・平・令
氏名			男・女		年 月 日 歳
住所	〒			電話番号 携帯電話	

名古屋掖済会病院受診歴	☐ 有 ・ ☐ 無	名古屋掖済会病院ID	
-------------	---	------------	--

受診希望日 ☐ 第一希望 年 月 日 (曜日)

☐ 第二希望 年 月 日 (曜日)

☐ 第三希望 年 月 日 (曜日)

☐ 希望日なし

紹介目的

受診希望科	(下欄にチェックをつけて下さい)	※整形外科・手外科及び循環器内科は専門欄にチェックをお願いします
☐ 血液内科	※ ☐ 循環器内科	☐ 小児科
☐ 腎臓病科	(一般)	☐ 脳神経外科
☐ 糖尿病科	(不整脈)	☐ 脊椎外科
☐ 脳神経内科	(末梢血管・冠動脈)	☐ 心臓血管科
☐ 呼吸器内科		☐ 皮膚科
☐ 消化器内科		☐ 泌尿器科
☐ 膠原病リウマチ内科		☐ 産婦人科
		☐ 眼科
		☐ 耳鼻咽喉科
		☐ 歯科
		☐ 外科
		☐ 乳腺科
		☐ 放射線科 (治療)

受診希望医師

医師

・ 医師の希望がある場合はご記入下さい
(診療科によりご希望に添えない場合がございます)

・ 希望医師の担当曜日は外来担当医表をご確認ください

※診療情報提供書は予約日の2営業日前までにFAX送信下さい

※予約受付後、「外来予約票」1枚をFAXにて返信いたしますので、患者様にお渡し下さい

※平日16時50分以降及び土日祝日にお申し込みいただいた場合は、翌営業日にお返事させていただきます

お申し込み先 : 名古屋掖済会病院 地域医療支援センター

電話番号 : 052-652-7954

FAX番号 : 052-652-7953