

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 ☐ 腎臓科 ☐ 糖尿病科 ☐ 脳神経内科 ☐ 呼吸器内科 ☐ 消化器内科 ☐ 膠原病リウマチ内科	※ ☐ 循環器内科 (一般) (不整脈) (末梢血管・冠動脈) ☐ 整形外科・手外科 (一般) (手) (膝・股関節)	☐ 小児科 ☐ 脳神経外科 先に紹介状をご送付ください ☐ 脊椎脊髄外科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 産婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 歯科 ☐ 口腔外科 ☐ 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
- ・ 皮膚科、形成外科、緩和ケア内科に関しては、
お電話でご確認ください

※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