

記入日 年 月 日

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

(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
氏名
住所
性別
生年月日
大・昭・平・令
年 月 日 歳
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

Grid of checkboxes for medical specialties: 血液内科, 腎臓科, 糖尿病内科, 脳神経内科, 呼吸器内科, 消化器内科, 膠原病科, 総合診療科, 肥満外来, 循環器内科, 整形外科, 小児科, 脳神経外科, 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, 外科, 乳腺科, 放射線科.

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