

(様式1)

依頼日:平成 年 月 日

紹介患者事前申込FAX

FAX:052-951-1207

名古屋医療センター  
地域医療連携室行

※受付時間 8時30分～19時00分  
予約取得に15分～30分程かかります。

※患者さんの登録を行いますので、各種医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入いただくようお願い致します。

フリガナ						年齢	M・T・S・H					男・女													
患者氏名	様					歳	年	月	日																
住所・TEL	〒 ( ) -																								
当院受診歴	有・無 ( )科		当院ID																						
保険者番号															公費負担者番号										
記号・番号						受給者番号																			
被保険者氏名						後期高齢者		1割・3割・福祉																	
受診希望日	① 年 月 日( )					高齢受給者		2割・3割																	
	② 年 月 日( )																								
	③ 希望なし					乳・障・母・傷																			
希望診療科名																									
希望医師名																									
紹介目的	※紹介目的を記入されない場合は、診療情報提供書を添付してください。 また、事前準備の為診療情報提供書作成次第FAXをお願い致します。																								

※受診時、紹介状の原本をご持参ください。

紹介医		
所在地		
	医院・病院・クリニック	
TEL ( )	-	
FAX ( )	-	