

依頼日： 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

※受付時間 8時30分～19時00分

地域医療連携室 行

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 | | | 男・女 | 生 年 月 日 | | |
| 患者氏名 | 様 | | | 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下さい。

紹介医

所在地

医院・病院・クリニック

TEL () -

FAX () -