

依頼日： 年 月 日

開放型病床利用紹介患者事前申込用紙

名古屋医療センター

FAX : 052-951-1207

地域医療連携室 行

※受付時間 9時00分～16時30分

※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	生年月日			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	年 月 日 ()			高齢受給者	2割・3割		
希望診療科名	乳・障・母・傷						
希望医師名							
紹介目的	<p>※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。</p> <p>また、事前準備のため「診療情報提供書」作成次第 FAX をお願い致します。</p>						

※受診時、紹介状の原本をご持参下さい。

紹介医

登録医番号

所在地

医院・病院・クリニック

TEL () -

FAX () -