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 |  | | | | | | | 旧姓 | | | 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（　　　　）　　　　－ |

**※日本語の理解が不十分な方は、日本語が**

**理解できる方の同行をお願いします。**