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。**