

(様式 1)

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～17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 () -