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 | ※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、事前準備のため「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 |
| 登録医番号 |
| 所在地 |
| 医院・病院・クリニック |
| TEL（　　　　）　　　　－ |
| FAX（　　　　）　　　　－ |