

# 《紹介患者事前診察申込書》

様式1 2020年9月版

年 月 日

名古屋第二赤十字病院  
 患者支援センター 地域医療連携室 宛  
 TEL 052-832-1121 (代表) FAX 052-832-5389  
 受付時間:当院診療日(月~金)の8:30~19:00  
 ※WEBでは24時間受付中

**FAX送信先052-832-5389**

八事日赤の診察券番号 (分かればご記入下さい)

《 紹介元情報の記入をお願いします 》

〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_  
 〈TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_〉  
 〈FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_〉

登録医番号 \_\_\_\_\_

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名			旧姓 ( _____ )	
生年月日	M・T・S・H・R (西暦)	年 月 日 (満 才)	※当院最終来院後、改姓された方は必ずご記入ください	
現住所	(〒 _____ ) ※郵便番号も記入ください			
電話番号1	(自宅・会社・携帯)	—	—	
電話番号2	(自宅・会社・携帯)	—	—	

《保険記入欄》 保険証・医療証のコピーFAX可

保険者番号	_____	公費負担区分	乳・障・母・福・その他 ( _____ )
記号番号/被保険者番号	_____	公費負担者番号	_____
被保険者 (本人・家族)	負担割合 ( _____ 割)	受給者番号	_____

※労災・交通事故・生活保護 (該当の方は○をつけてください)

受診希望の診療科にレ点を付けて下さい。括弧書きのある診療科は、あてはまるものにマルを付して下さい。

<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科【一般・腎臓・アレルギー・内分泌・精神・循環器・血液・未熟児】 <input type="checkbox"/> 総合内科【一般・リウマチ膠原病・睡眠認知療養指導(別途専用紙が必要です)】 <input type="checkbox"/> 整形外科【一般・脊椎・膝関節 股関節】 <input type="checkbox"/> 一般消化器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 成人先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科【一般・もやもや病・髄膜腫・間脳下垂体腫瘍】 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 内分泌外科 <input type="checkbox"/> 献腎移植登録 <input type="checkbox"/> 生体腎移植(別途専用紙が必要です) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック	・紹介主訴・目的 記入欄 (紹介状を FAX 送信でも可) ・受診希望日、医師の指定等がありましたらご記入下さい
※診療科の選択は先生がしていただくようお願いいたします。 ※紹介状は当日患者さんをお持ち下さるようお願いいたします。	・本用紙送信前に、電話で 仮予約しましたか? YES ・ NO

※予約受付後、「紹介患者事前予約受付のご案内」を FAX にて返信しますので、内容をご確認の上患者さんにお渡しください。  
 ※医師のご指定がある場合、30分を越えてお待ち頂く場合がございます。ご了承願います。

受診日・受診時間 (八事日赤記入欄)	年 月 日 ( _____ )	:	
-----------------------	-----------------	---	--