

《紹介患者事前診察申込書》

年 月 日

日本赤十字社 愛知医療センター
 名古屋第二病院
 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

《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 _____

八事日赤の診察券番号(分かればご記入ください)

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名			旧姓()	
生年月日	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 ※労災・交通事故・生活保護（該当の方は○をつけてください）

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)	_____	受給者番号	_____
負担割合(割)	_____		

受診希望の診療科にレ点をつけてください。括弧書きのある診療科は、あてはまるものに○をつけてください。

血液・腫瘍内科 糖尿病・内分泌内科 腎臓内科 循環器内科【一般・末梢動脈疾患】 成人先天性心疾患
脳神経内科 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】 消化器内科 呼吸器内科
総合内科【一般・リウマチ膠原病・睡眠認知療養指導(別途専用用紙が必要です)・病態栄養指導(別途紹介状・検査値が必要です)】
一般消化器外科 乳腺外科 心臓血管外科 整形外科【一般・脊椎・膝関節、股関節・手の外科】
形成外科 脳神経外科【一般・もやもや病・髄膜腫・間脳下垂体腫瘍・脳動脈瘤】 呼吸器外科 小児外科
産科 婦人科 泌尿器科 内分泌外科 献腎移植登録 生体腎移植(別途専用用紙が必要です)
耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科 歯科口腔外科 放射線科(別途専用用紙が必要です) ペインクリニック

・紹介主訴・目的 記入欄(紹介状をFAXでも可)	・受診希望日、医師の指定がありましたらご記入ください
--------------------------	----------------------------

※診療科の選択は先生がしていただくようお願いします。

※紹介状は当日患者さんがお持ちくださるようお願いします。

・本用紙送信前に、電話で仮予約しましたか？
 Y E S 月 日 ・ N O

※予約受付後、『紹介患者事前予約受付のご案内』をFAXで返信しますので、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分を越えてお待ちいただ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 () :
-----------------------	-------------