

《紹介患者事前診察申込書》

様式1 2024年6月版

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

八事日赤の診察券番号(分かればご記入ください)

《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 | T・S・H・R(西暦) | 年 | 月 | 日(満) | 才 | ※旧姓のある方はご記入ください |
| 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 | | | | | | | |
| 記号番号/被保険者番号 | | | | | | | |
| 被保険者(本人・家族) | 負担割合(割) | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担区分 | 乳・障・母・福・その他() | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |

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。

| | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌内科【一般・骨難病外来】 | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | |
| <input type="checkbox"/> 脳神経内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科【一般・末梢動脈疾患】 | <input type="checkbox"/> 成人先天性心疾患 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | |
| <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"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | | |
| <input type="checkbox"/> 小児外科 | <input type="checkbox"/> 産科 | <input type="checkbox"/> 婦人科 | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科【一般・脊椎・関節(膝、股)・手の外科】 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科【一般・間脳下垂体腫瘍・脳動脈瘤・水頭症】 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | | |
| <input type="checkbox"/> 形成外科 | <input type="checkbox"/> 一般消化器外科 | <input type="checkbox"/> 乳腺外科 | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | <input type="checkbox"/> 放射線科(別途紹介状が必要です) |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <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(別途専用用紙が必要です) | <input type="checkbox"/> ペインクリニック |

・紹介主訴・目的
(紹介状をFAXでも可)

・受診希望日(日時の仮押さえがある場合も、こちらにご記入ください)

・希望医師

※診療科の選択は先生にてお願いします。

※予約日確定後『紹介患者事前予約票』をFAXで返信いたしますので内容をご確認ください。

※紹介状とともに『紹介患者事前予約票』を患者さんへお渡しください。

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