

《紹介患者事前診察申込書》

様式1 2024年10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

《紹介元情報の記入をお願いします》

〒
住所

施設名

医師名

〈TEL ー ー ー〉

〈FAX ー ー ー〉

登録医番号

FAX送信先052-832-5389

TEL052-832-1121(代表) 受付時間: 平日8:30~19:00

※WEBでは24時間受付中

八事日赤の診察券番号(分かればご記入ください)

		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	(〒 -)※郵便番号もご記入ください								
電話番号1	(自宅・会社・携帯)	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー
電話番号2	(自宅・会社・携帯)	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー	ー

《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"/> 総合内科(要相談+紹介状必須)	
<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

年 月 日() :

※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。

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