《紹介患者事前診察申込書》

様式1　2026年8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　地域医療連携課　宛

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)

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

※労災・交通事故・生活保護(該当の方は○をつけてください)

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。

□総合内科(要相談＋紹介状必須)　□膠原病疾患(紹介状必須)　□血液・腫瘍内科(紹介状必須)　□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　□糖尿病・内分泌内科【 一般・骨難病外来 】

□脳神経内科　□呼吸器内科　□消化器内科　□耳鼻咽喉科　□眼科　□皮膚科

□小児科【 一般・腎臓・アレルギー・内分泌・神経・循環器・未熟児・精神 】□産科　□婦人科

□心臓血管外科　□脳神経外科【 一般・間脳下垂体腫瘍・脳動脈瘤・水頭症・もやもや病 】□呼吸器外科

□整形外科【 一般・脊椎・関節(肩、膝、股)・手の外科 】□泌尿器科　□女性泌尿器科(紹介状必須)

□形成外科　□一般消化器外科　□乳腺外科　□歯科口腔外科　□放射線科(紹介状必須)

□小児外科　□内分泌外科　□献腎移植登録　□生体腎移植(紹介状必須)　□ペインクリニック

・主訴(紹介状をFAXでも可)
※紹介状は当日別途必要です。

・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)

年　月　日(　)　:

・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。

※この用紙は紹介状ではありませんので、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し、当日持参お願いします。

(八事日赤記入欄) 受診日・受診時間	年　月　日(　)　:	