独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　病診連携システム

FAX紹介受診予約申込書

【 FAX : 052－691－6053 】

平成　　年　　月　　日

施設名	
医師名	
電　話	
ＦＡＸ	

受診者
フリガナ

氏 名　　様（男・女）　明・大・昭・平　　年　　月　　日

住 所　　(TEL)

中京病院への受診歴（ あり ・ なし ）

受診希望日：　　平成　　年　　月　　日（　　曜日）

紹 介 目 的：

受診希望科（下欄に〇印をつけてください。）

総合診療科	血液・腫瘍内科	内分泌・糖尿病内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	神経内科	精神心療科	小児科	小児循環器科（胎児エコー）	外科	脳神経外科	心臓血管外科	呼吸器外科	整形外科	皮膚科	形成外科	泌尿器科	腎臓内科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	放射線科	歯科口腔外科

受診希望医師　：（　　）医師（もしあればご記入ください。なお当日外来担当医であることをご確認ください。）

・低脊髄液圧症候群外来　　・シャント外来　　・腎臓病センター

・膠原病リウマチセンター　　・糖尿病センター　　・乳腺外科　　・血管外科

以上の専門外来を開設しています。　ご希望があれば〇で囲んで下さい。

１．紹介受診は受診希望日の前日までにお申し込みください。
２．折り返し、予約確認票を送付致します。

お申し込み先　：　独立行政法人地域医療機能推進機構
中京病院　地域医療連携・相談室
ＦＡＸ　：０５２－６９１－６０５３
電　　話　：０５２－６９１－７１５１（内線１２９９）