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 |  | | | 男・女 | 明・大・昭・平 | | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 様 | | |
| 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○印をつけて下さい）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 腎臓内科 | 脳神経内科 | 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 | 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 | ご希望の場合に記入下さい。  なお、当日外来担当医であることをご確認下さい。 |

以下の専門外来を開設しています。ご希望があれば○で囲んで下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **・嚥下外来（リハビリテーション科）** | | **・ボトックス外来（リハビリテーション科）** | |
| **・低脊髄液圧症候群外来** | **・シャント外来** | **・腎臓病センター** | **・手の外科** |
| **・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** |

紹介受診予約申込書は、受診希望日の前日までにお申し込み下さい。予約確認票をご返送致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | お申し込み先 | ： | 中京病院　地域医療連携・相談室 | | **ＦＡＸ** | **：** | **０５２－６９１－６０５３** | | 電話番号 | ： | ０５２－６９１－６８８６（登録医専用） | |