|  |  |
| --- | --- |
| 中京病院記入欄  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  平成　　　　年　　　月　　　日 | |
| 紹介状 | あり |
| 保険情報 | あり |
| 当月確認済 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 |  | | |  | |  |  |
| フリガナ  氏名 | 様  男・女 | | |  | |
| 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日　生　（　　　歳） | | | | |  | | |
| 住所 | 〒 | | | TEL | | | |
| 中京病院への受診歴　　　あり ・ なし | | | | | | | |
| 受診希望日 | | | * 第一希望　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日） * 第二希望　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日） * 希望日なし | | | | |
| 紹介目的 | |  | | | | | |

　　　年　　　　月　　　　日

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】

住所

施設名

医師名

電話

ＦＡＸ

# 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 | 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）　　・手の外科** | | | |
| **・低脊髄液圧症候群外来** | **・脊椎外来** | **・シャント外来** | **・腎臓病センター　・小児泌尿器** |
| **・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　 ・小児外科** | | | |

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） | |