

F A X 紹介受診予約申込書

【FAX : 052-691-6053】

中京病院記入欄

紹介状	あり
-----	----

申込日 年 月 日

受診者

フリガナ
氏名

様

男・女

住所
施設名
医師名
電話
F A X

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 *必ずご記入ください

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(治療)	歯科口腔外科	リハビリテーション科	薬物療法科
-------	---------	-----------	-------	-------	-------	------	-------	-----	--------	-------	----	-------	--------	-------	------	-----	------	------	------	----	-------------	----------	--------	------------	-------

受診希望医師

医師

- ・医師の希望がある場合はご記入下さい。
- ・希望医師の担当曜日は外来担当医表をご確認ください。

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。カッコ内は対応診療科になります。

- * (内分泌糖尿病内科)・糖尿病センター * (腎臓内科)・腎臓病センター ・シャント外来
- * (脳神経外科)・脊椎外来 ・低髄液圧症候群外来 ・もやもや病外来 * (小児科)・小児腎臓
- * (外科)・血管外科 ・乳腺外科 ・小児外科 * (薬物療法科)・がんゲノム外来 * (泌尿器科)・小児泌尿器
- * (整形外科)・手の外科 ・小児整形 ・骨、軟部腫瘍外来 ・膝、肩外来 ・骨粗鬆症外来 ・股関節外来 ・リウマチ外来
- * (皮膚科)・膠原病リウマチセンター * (リハビリテーション科)・嚥下外来 ・ボトックス外来
- * (循環器内科)・不整脈専門外来

外来日を外来診療担当表でご確認しお申し込みください

※受診希望日の前日までにお申し込み下さい。

※平日 19:00 以降及び土日祝日にお申込みをいただいた場合は、翌診療日にお返事させていただきます。

※より良い診療を行うため、受診日前日までに診療情報提供書・FAX 事前送付のご協力をお願いいたします。

お申し込み先 : 中京病院 地域医療連携・相談室

F A X : 052-691-6053

電話番号 : 052-691-6886 (登録医専用)