

F A X 紹介受診予約申込書

【FAX : 052-691-6053】

紹介状	あり
保険情報	あり
	当月確認済

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

がんゲノム外来希望

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
 F A X : 052-691-6053
 電話番号 : 052-691-6886 (登録医専用)