|  |
| --- |
| 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ＊必ずご記入ください |

申込日　　　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・頭頚部外科 | 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。

2022.4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |

 |