

名古屋市立大学病院 診療予約申込票（こころの医療センター専用）

FAX : 052-858-7130 TEL : 052-858-7131
 お申し込み受付時間： 平日 8:30~19:00 土曜日：8:30~12:30

令和 年 月 日

予約日の日程調整は、各市大が
 医療機関と行う

紹介元医療機関名
 所在地
 担当医名
 電話番号
 FAX番号

注意点

- こころの医療センターは、**申し込み日から1週間後以降**の予約取得となります。
- 必要事項をご記入のうえ、ご用意頂いた「診療情報提供書」と共にFAXでお申し込みください。
- こちらは初診専用の予約申込票です。再診の予約は代表電話（TEL:052-851-5511）までご連絡ください。

受診希望 診療科		こころの医療センター			
		傷病名（ ）			
		医師の指名 1. あり⇒（ ）医師 2. なし <small>※指名する場合は医師名、指名しない場合は「こころの医療センター 担当医」と紹介状の宛名に記入してください。</small>			
診療希望日時		申込日から1週間後以降でご予約ください			
		第1希望：令和 年 月 日（ ） 時頃			
		第2希望：令和 年 月 日（ ） 時頃			
患者さん	氏名等	フリガナ（ ） 貴院のID（ ） 氏名： 様（旧姓： ） 性別 男・女			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）			
	電話	（日中に必ず連絡がつく番号を記入してください） 自宅 - - 携帯 - -			
	住所	〒 -			
	外国籍の方	日本の公的医療保険： <input type="checkbox"/> 加入 <u>未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください</u> 日本語： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
紹介理由 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 家族相談 <input type="checkbox"/> その他					
貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中⇒退院せずに当院を受診する予定ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり（ID No. ） <input type="checkbox"/> なし					

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

IDNo.（ ）	予約登録		予約票送付		紹介患者登録・アクセス権	
----------	------	--	-------	--	--------------	--