

# 名古屋市立大学病院 診療予約申込票

令和 年 月 日

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

紹介元医療機関名  
所在地  
担当医名  
電話番号  
FAX番号

予約日の日程調整は、名市大が  
 患者さんを行う  
 医療機関を行う  
いずれかに✓をお願いします

## 注意点

- ・紹介状を受診前日までにFAXで送信してください。大量の画像データは事前に診療科宛に送付してください。
- ・セカンドオピニオンのご予約やお問い合わせは、医事課 (TEL:052-858-7126) までご連絡ください。
- ・**母体血胎児染色体検査 (NIPT) の診察を希望される方は、妊娠10週6日までに受診ください。**
- ・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 (該当の診療科に○をつけてください。)	03 消化器内科 04 肝・膵臓内科 05 呼吸器科 06 循環器内科 08 内分泌・糖尿病内科 09 血液腫瘍内科 10 リウマチ膠原病内科 11 腎臓内科 12 脳神経内科 21 消化器・一般外科 22 呼吸器外科 23 小児外科 25 心臓血管外科 26 乳腺外科 30 整形外科 31 産科婦人科 33 小児科 34 眼科 35 耳鼻いんこう科(睡眠医療センター) 36 皮膚科 37 泌尿器科 48 小児泌尿器科 38 こころの医療センター 39 放射線科 41 脳神経外科 42 歯科口腔外科 43 リハビリテーション科 47 形成外科 94 いたみセンター (麻酔科) ⇒ 慢性 or 急性				
	傷病名 ( )				
	医師の指名 1. あり⇒ ( ) 医師 2. なし ※指名する場合は医師名、指名しない場合は診療科名をそれぞれ紹介状の宛名に記入してください。				
専門領域・センターの指定 1. あり⇒ ( ) 2. なし					
診療希望日時	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 NIPT 申込時妊娠週数 ( )					
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。

ID No. ( )	予約登録	予約票送付	紹介患者登録・アクセス権
------------	------	-------	--------------