

名古屋市立大学病院  
皮膚科：乳児血管腫用  
診療申込書 兼 紹介状

【地域医療連携室】

FAX 052-858-7130

TEL 052-858-7131

平日 8:30~19:00

土 8:30~12:30

紹介元医療機関の所在地および名称

記入日	年	月	日
医療機関名			
住所			
電話番号			
FAX 番号			
医師氏名			

フリガナ				性別	男 ・ 女	貴院 ID	
患者氏名							
生年月日	西暦・令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)						
住所	〒 -						
電話番号	(日中に連絡がつく番号をご記入ください)						
	自宅 - -		携帯 - -				

紹介理由	<input type="checkbox"/> 赤あざ (乳児血管腫・単純性血管腫) <input type="checkbox"/> 青あざ (異所性蒙古斑・太田母斑) <input type="checkbox"/> 茶あざ (扁平母斑)
------	--

その他 何かございましたらお書きください

当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり (ID: ) <input type="checkbox"/> なし
--

診療希望日時	予約日の日程調整は、名市大が <input type="checkbox"/> 患者と行う <input type="checkbox"/> 医療機関と行う いずれかに✓をお願いします。
--------	--

\* 診療希望日は、水曜日・金曜日でお願い致します。

第1希望： 令和 年 月 日 ( ) 時頃

第2希望： 令和 年 月 日 ( ) 時頃

\*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
-----------	------	-------	--------------