



名古屋市立大学医学部附属 みどり市民病院

診療予約申込票

(医療機関専用)

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334

申込み時間 平日 8:45~19:00 土曜日 9:00~13:00

申込日 令和 年 月 日

医療機関名	
所在地	〒
担当医	
電話番号	- -
FAX 番号	- -

注意点

- 当日の緊急依頼はお受けしていません。
- 診療予約申込票および診療情報提供書(紹介状)は受診希望日の3診療日まで(土日祝を除く)に送信してください。

受診希望診療科			*番号に○印をつけてください		
1 感染症・総合内科	10 呼吸器外科	19 皮膚科			
2 消化器内科	11 小児外科	20 泌尿器科			
3 呼吸器内科	12 乳腺外科	21 放射線科			
4 循環器内科	13 整形外科	22 脳神経外科			
5 内分泌・糖尿病内科	14 形成外科	23 麻酔科			
6 脳神経内科	15 産婦人科	24 腫瘍外来			
7 腎臓内科	16 小児科	25 リウマチ・膠原内科			
8 血液内科	17 眼科	26 その他()			
9 消化器・一般外科	18 耳鼻いんこう科				
医師の指名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(医師名:)	*診療情報提供書の宛名には、医師の指名がある場合は【医師名】、指名がない場合は【診療科名】をご記載ください			
専門領域の指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(医師名:)				
傷病名					
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()				
受診希望日時	第1希望	令和 年 月 日 時台	*予約の空き状況により希望に添えない場合がございます あらかじめご了承ください		
	第2希望	令和 年 月 日 時台			

フリガナ 患者氏名		男 女	生年 月日	大 昭 年 月 日 平 令 (歳)
住所	〒 -	TEL	*日中に必ず連絡がつく番号を ご記入ください	
			自宅	- -
			携帯	- -
受診状況	貴院には	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	(貴院 ID;)	
	当院には	<input type="checkbox"/> 受診歴あり (当院 ID;)	<input type="checkbox"/> 受診歴なし	