



名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院
診療予約申込受付票（FAX用）

申込日 令和 年 月 日

[FAX番号] 052-680-9970（地域医療連携室直通）

[受付時間] 8：45～19：00（平日）9:00～12：30（土）（日・祝日・年末年始12/29～1/3除く）

※平日19：00以降、土曜12：30以降にお送り頂いた診療申込書の回答は翌診療日となりますのでご了承下さい。

紹介元医療機関

医療機関名 _____

医師名 _____ 先生

TEL _____ - _____

FAX _____ - _____

受診希望診療科にし点をつけて下さい。

リハビリテーション科 整形外科 内科 脳神経内科 循環器内科

※申込みの際は、必ず診療情報提供書も一緒にFAXをお願いします。

希望医師 なし あり（医師名 _____）医師

※ご希望にお応えできず代理の医師が対応させていただく場合がありますことをご了承ください。

受診希望日 第1希望 令和 年 月 日

第2希望 令和 年 月 日

※予約状況によりご希望に沿えない場合がありますことをご了承下さい。

予約日の日程調整は 患者さんを行う

名市大附属リハビリテーション病院が 医療機関を行う

いずれかにし点をお願いします。

フリガナ

患者氏名

性別

男

・

女

生年月日

大正 昭和 平成 令和

年 月 日生

住所

連絡先

※日中に必ず連絡がつく電話番号を記入してください。

(_____ - _____)

問い合わせ
地域医療連携室

TEL 052-680-8999