

# 診療申込書

名市大 西部医療センター 地域医療連携センター  
FAX 番号 (052) 856 - 0049

申込医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_ **【医療機関連絡(スタッフ名) \_\_\_\_\_】**

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ 依頼日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※受診科に○をつけてください **【予約の際は診療情報提供書も一緒にFAXお願いします】**

- ◆内科 【総合内科】【呼吸器内科】【消化器内科】【循環器内科】【腎・透析内科】【脳神経内科】【血液腫瘍内科】【内分泌・糖尿病内科】【リウマチ・膠原病内科】【もの忘れ外来】
- ◆外科 【総合外科】【呼吸器外科】【消化器外科】【乳腺・内分泌外科】【小児外科】【形成外科】【脳神経外科】
- ◆小児科 【一般小児】【小児神経】【小児アレルギー】【小児内分泌】【小児循環器】
- ◆こどもアレルギーセンター ◆整形外科、小児整形 ◆骨粗しょう症センター ◆あゆみ外来
- ◆児童精神科(中学三年生まで) ◆皮膚科 ◆乾癬治療ケアセンター ◆産婦人科 ◆生殖医療センター
- ◆泌尿器科・小児泌尿器 ◆眼科 ◆耳鼻咽喉科 ◆放射線治療科 ◆麻酔科 ◆歯科口腔外科
- ◆遺伝診療部

◆注：栄養相談は別途申込書あります

**\*セカンドオピニオンの予約は「セカンドオピニオン予約申込書」をお使いください。**

希望医師      なし ・ あり      (医師名: \_\_\_\_\_ )

フリガナ 患者氏名	男	明治・大正・昭和・平成・令和
連絡先: _____	女	年      月      日
【住所】〒 _____		
都道 府県	市郡 町村	区
保険種別など(該当箇所に✓を入れてください)		
<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費		

希望日【第1: / ( ) 第2: / ( ) 第3: / ( )】

《西部医療センターからの予約日時のお返事がありましたら、下記に記載して患者様へお渡しください》

きりとり

## 予約票

診察券番号【 _____ 】	予約診療科【 _____ 】
予約日時【 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日】	予約時間【 _____ : _____ 】
西部医療スタッフ名【 _____ 】	

**【患者様へ】◆予約時間の30分前に1階①番地域医療連携窓口にお越しください。**

**※予約時間が9時00分の場合は8時45分にお越しください。**

**◆キャンセル・変更は患者様本人・ご家族様より地域医療連携センターにご連絡ください。**

**西部医療センター 地域医療連携センター直通電話 052-991-8145**