

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】
- ◆整形外科、小児整形 ◆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 ◆泌尿器科・小児泌尿器 ◆生殖医療センター ◆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 ◆あゆみ外来 ◆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 無し・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 市 郡 区
府 県 町 村

保険種別など（該当箇所に✓を入れてください）

社保 国保 後期高齢 生保 交通事故 労災 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回答がありましたら、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