（宛先）　　様式１－１

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

※受診科に〇をつけてください　【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	なし　・　あり　（医師名：　　）

フリガナ 患者氏名 連絡先：　　―　　―	男 女	明治・大正・昭和・平成・令和 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） □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
（受付時間　平日　8：45～17：15）