

診療申込書(兼)診療情報提供書

令和 年 月 日

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

受診希望医師 なし
あり 医師
受診希望日① 令和 年 月 日
受診希望日② 令和 年 月 日

医療機関名
所在地
医師名
TEL () —
FAX () —

☐希望日なし ☐早い日で予約希望 ・ 東部医療センター受診歴(☐有 ☐無 ☐不明)
(予約日の調整方法) ☐患者さんと東部医療センターで調整 ☐紹介元と東部医療センターで調整

フリガナ		性別	生年	T・S・H・R
患者氏名		男・女	月日	年 月 日 (歳)
住所	〒		TEL	() —
受診希望科	内科（循環器・血液・消化器・呼吸器・脳神経・内分泌糖尿病・腎臓・リウマチ膠原病・総合） 外科（消化器・乳腺（月・金）・呼吸器・小児(第1月)） 整形外科（（関節リウマチ・人工膝/股関節 脊椎・手外科・外傷）脳神経外科・心臓血管外科・産科・婦人科・泌尿器科・小児泌尿器科・小児科 耳鼻いんこう科（えん下評価）・皮膚科・眼科・運転DS・糖尿DR・歯科口腔外科・口のかわき外来（水） 形成外科（火）・放射線治療・もの忘れ認知症外来・疼痛緩和内科・睡眠時無呼吸外来 栄養指導（内分泌糖尿病内科とセット） 上部消化管内視鏡・腹部超音波検査（医療機関間での予約日調整となります）			
傷病名				
既往歴				
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方 など	CD-R 持参：あり なし			

・診療情報提供書(兼)受診依頼票を FAX してください。 ・この用紙は診療情報提供書を兼ねております、
患者さんにお渡ししてください。 ・予約日につきましては、紹介元の先生へ FAX でご連絡いたします。

地域医療連携センター:FAX:(052)723-7356