

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター診療申込書

(FAX用)

地域医療連携センター直通 FAX (052) 723-7356

様式 3

令和 年 月 日

1. 紹介診療科に○をつけてください

内科（循環器・血液・消化器・呼吸器・脳神経・腎臓
内分泌・糖尿病・リウマチ膠原病・総合）
外科（消化器・乳腺（月・金）・呼吸器・小児（月・第1））
整形外科（関節リウマチ・人工膝/股関節・脊椎・手外科・
外傷・その他）
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）
形成外科（火 AM） 皮膚科 眼科 運転 DS 糖尿 DR
歯科口腔外科 くちのかわき外来（水 AM）
放射線治療 もの忘れ認知症外来（火・水・木）
疼痛緩和内科
栄養指導（水 PM 内分泌内科とセット受診）
睡眠時無呼吸外来（第 2.4 水 PM）
★下記検査の予約日調整は貴院と当院間のみとなります
上部消化管内視鏡検査 腹部超音波検査

【紹介元医療機関名】

【医師名】

【所在地】

【電話番号】（ ） —

【FAX番号】（ ） —

☐ 持参資料あり（チェックをお願いします）
（☐CDR ・☐フィルム ・☐プレパラート）
比較のため可能でしたら画像データをご持参ください

2. 医師の指定 なし ・ あり（指定医師名 ）

注）セカンドオピニオンを希望される患者さんは、申込用紙が異なります。患者さん自身で当院医事課医事係へお問い合わせいただきますよう、ご案内ください。

3. 下記の患者さんを紹介します

フリガナ	生年月日 大正・昭和・平成・令和
氏名 男・女	年 月 日（ 歳）
住所 電話（ ） —	当院受診歴 あり・なし

4. 予約日の調整方法（以下いずれかにチェック☑をお願いします。）

☐ 患者さんと東部医療センターとで予約日の調整を行う。
本日中に患者さんの携帯電話に 052-721-7171 又は 052-723-7359 より着信がある
ことをお伝えください。

患者さんの連絡先（携帯電話） — —

☐ 紹介元と東部医療センターとで予約日の調整を行う。
☐ 早い日程で予約希望 ☐ いつでも良い
☐ 第一希望日： 月 日（ ） 第二希望日： 月 日（ ）

このFAXを受領後、受付処理を行います。予約日につきましては、予約日が決定しましたら、紹介元の先生へ、FAXにてご連絡いたします。

診療情報提供書を、申込時または受診日前日までに FAX で送信してください。

R8. 10