

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】
- ◆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】
- ◆脳神経外科 ◆整形外科、小児整形 ◆児童精神科【中学三年生まで】
- ◆皮膚科 ◆産婦人科 ◆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 ◆注：栄養相談は別途申込書あります
- ◆マンモグラフィー ◆遺伝診療部

***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	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てください》

切

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 15 分前に 1 階①番地域医療連携窓口にお越しください。
- ◆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室にご連絡ください。

名市大 西部医療センター 地域医療連携センター直通 052-991-8145