

東名古屋病院 紹介受診申込票（外来用）

東名古屋病院

科 御中

紹介医

住 所

① 担当医

☐ 担当医 先生 希望☐ 担当医は病院の診療体制に任せる

② 診療希望日

月 日 第1希望

月 日 第2希望

☐ 診療日は病院の診療体制に任せる

病院名

医師名

TEL

FAX

患 者 情 報	氏名	(フリガナ)						男・女	住所	〒					
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日						TEL (	) ー						
	東名古屋病院受診実績		有・無		年		月		科						
	通信欄（患者さまの状態を簡単にご記入ください。紹介状にご記入いただいたものをFAXしていただいても結構です。）														
	緊急性 有・無 入院の必要性 有・無														
☐ 家族のみ受診															
保 険 情 報	保険者番号							記号・番号							
	被保険者氏名								被保険者との続柄		本人・家族（割）				
	公費負担者番号							公費受給者番号							
	その他														

※ 保険証、資格確認証などをファックスしていただいても結構です。

※ この用紙（様式1）は受診申込票です。受診当日は必ず診療情報提供書をご持参ください。

東名古屋病院地域医療連携室 FAX番号 052-801-2104