

名古屋徳洲会総合病院 医療連携室 宛

電話:0568-51-8782 FAX:0568-51-8765 (※ お急ぎの際は、お電話でもご予約を承ります。)

【診察】 予約依頼票

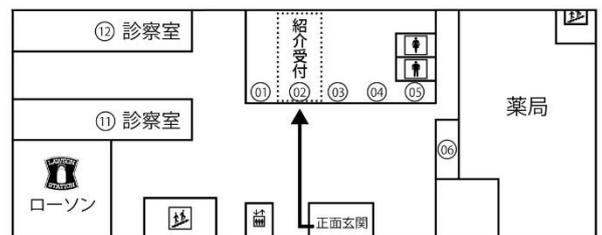
【ご紹介元医療機関名】 _____ TEL: _____ _____ FAX: _____	
【患者情報】 生年月日: (明・大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 性別: 男・女 連絡先(TEL) _____ 当院診察券ID: _____	ふりがな 氏名 _____ 様
【依頼診療科・指定医師】 _____ 科 _____ 医師	【ご紹介目的】 (ご要点・ご要望をご記入ください)
【診察希望日】 第1希望 _____ 月 _____ 日 第2希望 _____ 月 _____ 日	

【ご予約確定日時】 _____ 年 _____ 月 _____ 日() 午前・午後 _____ 時 _____ 分	連携室担当
--	-------

★ご予約後、可能でしたら、事前に診療情報提供書をFAXしてください

★当日、窓口にお持ちいただくもの

1. 診療情報提供書(紹介状)
2. 画像データ(CD-R又はフィルム)ある場合のみ
3. 診察券(お持ちの方のみ)、健康保険証、各種医療証
4. お薬手帳(お持ちの方のみ)



★名古屋徳洲会総合病院 紹介窓口

診療予約時間の15分前に1階 紹介窓口(2番)に直接お越しください。