名古屋大学医学部附属病院

「プレコンセプションケア外来」申込書

令和　　年　　月　　日

太枠内をご記入ください。

(ふりがな)		生年月日	昭・平・令 年　月　日 (年齢　歳)
患者さんの 氏　名			
患者さんの 現 住 所	〒 電話 (　　) －　　携帯電話 (　　) －		
当院への 受 診 歴	ある・ない　(ある場合は右記をご記入ください)	診療番号	－　－

※こちらにご記入いただいた内容をもとに医師と調整いたしますので、できるだけ詳しくご記入ください。

ご都合の悪い日	(相談外来は「第2・第4月曜日の午後」です。ご都合の悪い日があれば、ご記入ください。)		
疾患名	1.		
	2.		
	3.　もし妊娠されている場合には、現在＿＿週、出産予定日＿＿＿年＿＿月＿＿日		
相談内容	(ご自由にお書きください。別紙でも結構です。)		
持参できる 資 料	1. 診療情報提供書 (現在診察を受けている病院などからの紹介状) 2. 前医での検査結果、出産歴がある方の場合 (母子手帳など) 3. その他 (　　)		
現在受診されている病(医)院について	病(医)院名		
	診 療 科	医 師 名	
	連 絡 先　電話 (　　) －　　FAX (　　) －		
問い合わせの可否	上記施設に治療経過の問い合わせ (承諾します ・ 拒否します)　＊あてはまるものに○を付けてください		

病 院 使 用 欄 (記入しないでください)			
受付年月日	令和　　年　　月　　日	診療番号	
相談日時	令和　　年　　月　　日 (　　)　　時　　分		

※このＦＡＸには、個人情報を含む機密情報が含まれており、名古屋大学医学部附属病院に送られています。
もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を送信者 (患者さん) 宛、お知らせくださるようお願いします。

名古屋大学医学部附属病院病診連携受付　FAX(052)744-2803