診療申込書の記入例

2019.5.7

【紹介先診療科、診療グループ】

以下の中より、お選びください。　※診療グループがある診療科については、そちらも記入してください。

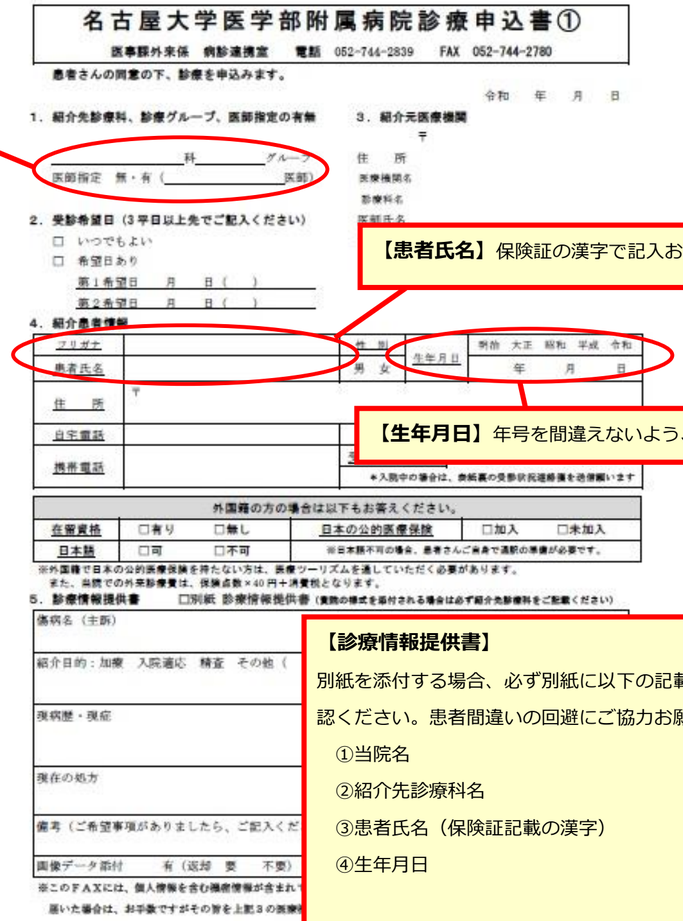
<内科系>

- 血液内科
- 循環器内科
- 消化器内科 （診療グループ： 消化管上部、消化管下部、肝臓、胆道・膵臓）
- 呼吸器内科
- 糖尿病・内分泌内科
- 腎臓内科
- 老年内科
- 脳神経内科
- 総合診療科
- 小児科 （診療グループ： 血液・腫瘍、神経、ウイルス、新生児、免疫、循環器）
- 精神科
- 親と子どもの心療科
- 放射線科

<外科系>

- 消化器外科一
- 消化器外科二
- 心臓外科
- 血管外科
- 呼吸器外科
- 脳神経外科
- 乳腺・内分泌外科
- 小児外科
- 移植外科
- 整形外科 （診療グループ： 股関節、脊椎、腫瘍、小児整形、膝肩、リウマチ）
- 手の外科
- 形成外科
- 産科婦人科
- 泌尿器科
- 眼科
- 皮膚科
- 歯科口腔外科
- 耳鼻いんこう科
- 麻酔科

当院の都合で、紹介先診療科を変更させていただく場合があります。ご了承ください。



名古屋大学医学部附属病院診療申込書①

医事課外来係　病診連携室　電話 052-744-2839　FAX 052-744-2780

患者さんの同意の下、診療を申込みます。

令和　年　月　日

1．紹介先診療科、診療グループ、医師指定の有無

科＿＿＿＿グループ

医師指定　無・有（＿＿＿＿＿＿医師）

2．受診希望日（3平日以上先でご記入ください）

☐ いつでもよい

☐ 希望日あり

第1希望日　月　日（　）

第2希望日　月　日（　）

3．紹介元医療機関

〒

住　所

医療機関名

診療科名

医師氏名

4．紹介患者情報

フリガナ		性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
患者氏名		男 女		年 月 日
住　所	〒			
自宅電話				
携帯電話				

＊入院中の場合は、身紙裏の受診状況連絡欄を必ず記載します

外国籍の方の場合は以下もお答えください。			
在留資格	☐有り　☐無し	日本の公的医療保険	☐加入　☐未加入
日本語	☐可　☐不可	※日本語不可の場合、患者さんご自身で通訳の準備が必要です。	

※外国籍で日本の公的医療保険を持たない方は、医療ツーリズムを通していただく必要があります。
また、自費での外来診療費は、保険点数×40円＋消費税となります。

5．診療情報提供書　☐別紙 診療情報提供書（貴院の様式を添付される場合は必ず紹介先診療科をご記載ください）

傷病名（主訴）

紹介目的：加療　入院適応　精査　その他（

現病歴・現症

現在の処方

備考（ご希望事項がありましたら、ご記入くだ

画像データ添付　有（返却　要　不要）

※このＦＡＸには、個人情報を含む機密情報が含まれて

届いた場合は、お手数ですがその旨を上記３の医療機

【患者氏名】保険証の漢字で記入お願いします。

【生年月日】年号を間違えないよう、ご注意ください。

【診療情報提供書】

別紙を添付する場合、必ず別紙に以下の記載があることをご確認ください。患者間違いの回避にご協力お願いします。

①当院名

②紹介先診療科名

③患者氏名（保険証記載の漢字）

④生年月日

記入内容に不備がある場合、

再送付を依頼する場合があります。

ご注意いただきますよう、お願い致します。