

診療申込書の記入について

【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（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（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
- IBD内科

<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（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
- IBD外科

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。

【診療情報提供書】

必ず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をお願いします。

- 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

※原則、予約日の日程調整は、名大病院が患者さんと行います。

名古屋大学医学部附属病院診療申込書（FAX送信用）

医事課外来係 病診運携室 電話 052-744-2839 FAX 052-744-2780

患者さんの同意の下、診療を申し込みます。 令和 年 月 日
 ☆医師指定や希望日について、ご希望に添えない場合があります。

紹介先診療科・診療グループ※、医師指定の有無
 ※消化器内科、整形外科はグループも記載願います。

科 _____ グループ _____

医師指定 無・有（ _____ 医師）

1. 受診希望日（原則3平日以上先でご記入ください）

※翌日、翌々日をご希望の場合は、FAX後、ご連絡願います。

希望あり 第1希望 月 日（ ）

第2希望 月 日（ ）

第3希望 月 日（ ）

希望なし

※ご都合の悪い日があれば、ご記載ください。 ※当院使用欄

【患者氏名】は保険証の漢字で記入願います。

フリガナ _____ 田 姓 性 別 _____ 大正 昭和 平成 令和

患者氏名 _____ 男 女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

【生年月日】は年号誤りにご注意ください。

住 所 〒 _____

自宅電話 _____ 名大病院受診歴 有 無 不明

携帯電話 _____ IDがわかればご記入ください。 ID: _____

その他連絡先 _____ 名大病院受診当日の状況 通院中 入院中※

外国籍の方の場合は、こちらの欄もご記入ください。

在留資格 有 無 日本 日本 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、必ず患者さんご自身で通訳の方の確保が必要となります。

※外国籍で日本の公的医療保険を持たない方は、医療ツーリズムを申し渡す必要があります。また、名大病院での外来診療費は、保険点数×40円＋消費税

緊急性の有無についてご記入ください。

5. 緊急性の有無・伝達事項・画像データの有無

緊 急 性 緊急性あり 準緊急 緊急性なし

伝達事項（ご希望、連絡事項等ありましたらご記入ください。） _____

画像データの持参の有無 有 無

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれる場合があります。届いた場合は、お手数ですがその旨を上記3の医師

画像データの有無についてご記入ください。

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。ご注意ください。よろしくお願いいたします。