

名古屋大学医学部附属病院診療申込書

紹介元の先生へ

- ① ご希望の予約日は、原則3平日以上先でご記入ください。
- ② 患者さんの同意の下、診療申込書(FAX送信用)をFAXで052-744-2780宛にお送りください。
なお、FAX番号非通知での送信は、名大病院では受信ができませんのでご注意願います。
(FAXは24時間受信。但し、事務手続きは、平日9時~16時30分に行います。)

診療情報提供書(紹介状)の事前提供をお願いいたします。

- ③ あらかじめ該当の医師に連絡しますので、診療申込書とともにFAXで診療情報提供書(紹介状)の写しを送付くださるようお願いいたします。
診療情報提供書(紹介状)には、必ず紹介先診療科をご記載ください。
 - ④ 患者さんには、本申込書(患者さん控)、診療情報提供書(紹介状)をお渡しく下さい。
(なお、画像データ等の持参資料がある場合は、持参資料も併せて患者さんにお渡しく下さい。)
 - ⑤ 予約日時については、患者さんとの調整後に貴院へFAXでご連絡します。
※診療科(医師)によっては、予約時間の指定ができない場合があります。
※医師指定や希望日など、ご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。
 - ⑥ 貴院入院中の患者さんをご紹介いただく場合は、裏面の「受診状況連絡箋」にご記入のうえ診療申込書とともにFAX送信願います。(※名大病院受診時にご入院中の方のみ必要です。)
 - ⑦ 外国籍で日本の公的医療保険を持たない患者さんが名大病院での受診を希望される場合は、原則、「日本エマージェンシーアシスタンス(株)」または「(株)ウェルリンクス」を介していただく必要があります。
また、名大病院での外来診療費は保険点数×40円+消費税となります。
- ※ 名大病院の診療科は以下のとおりです。()内はグループ名です。
- 【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
- ※ なお、放射線検査の予約、セカンドオピニオンの予約は電話052-744-2825でお受けします。申込書も別の様式となりますので、この診療申込書はご使用にならないようお願い致します。
- ※ 今後とも病診連携業務につきまして、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。本紙がなくなりましたら、下記あてにFAXでご連絡願います。

名古屋大学医学部附属病院

医事課外来係 病診連携室

電話 052-744-2839

FAX 052-744-2780

病院ホームページで外来受診のご案内を公開しています。

アドレス <https://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/>

受診当日に貴院入院中の患者さん

受診状況連絡箋

名古屋大学医学部附属病院への、受診日の入院状況について、
該当するものにチェックを付し、診療申込書（FAX送信用）と併せてFAX送信願います。

1. 患者氏名 _____ 様

2. 入院基本料区分

- 一般病棟入院基本料 [D P C 対象病院]、特定機能病院入院基本料
- ※1 本院での診療行為を含めてD P Cが変更となる場合がありますので、
本院医事担当者への連絡をお願いします。
- ※2 本院での診療行為を含め、D P C対象となる場合は、本院での診療に係る
保険請求ができませんので、貴院あて費用の請求をさせていただきます。
- 一般病棟入院基本料 [D P C 未導入病院（出来高算定病院）]
- 特定入院料（療養病棟入院料・有床診療所療養病床入院料等）
- その他（ _____ ）

3. 受診目的・・・本院レセプト請求にあたり必要となりますので記載をお願いします。

- 紹介元である入院医療機関に検査・画像診断等の設備がないため。
- 紹介元である入院医療機関に専門的な診療科がないため。
- その他（ _____ ）
- ※ セカンドオピニオン以外で、本院が自費診療として患者さんより徴収することは
混合診療に抵触しますのでお受けできません。（東海北陸厚生局の指導による）

4. 診療費用の請求先

貴院 医事担当者連絡先

医療機関名： _____

部 署 名： _____

担当者名： _____

電 話： _____

名古屋大学医学部附属病院 医事担当者連絡先

部 署 名： 医事課 医事係

担当者名： 医事係長

電 話： 0 5 2 - 7 4 4 - 2 8 3 8（直通）

※この用紙をコピーして、ご使用願います。

※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もございます。

1. 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ご記載願います。

_____科 _____グループ

医師指定 無・有（_____医師）

2. 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。

希望日あり 第1希望 月 日（ ）

第2希望 月 日（ ）

第3希望 月 日（ ）

希望日なし

3. 紹介元医療機関

〒

住 所

医療機関名

診療科名

医師氏名

電 話

F A X

※ご都合の悪い日があれば、ご記載ください。

※当院使用欄

受診日時 月 日（ ） 時 分

4. 紹介患者情報

フリガナ		旧 姓	性 別	生年月日	大正 昭和 平成 令和
患者氏名			男 女		年 月 日 (歳)
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
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※		
連絡先が多数ある場合は、名大病院からかける順番をつけてください。また、患者本人以外に連絡する場合は、患者との続柄もご記入ください。		※名大病院受診当日に貴院入院中の場合は、表紙裏の受診状況連絡箋も送信願います。			

外国籍の方の場合は以下もお答えください。

在留資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	日本の公的医療保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
日 本 語	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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準備が必要となります。	

※外国籍で日本の公的医療保険を持たない方は、医療ツーリズムを通していただく必要があります。

また、名大病院での外来診療費は、保険点数×40円＋消費税となります。

5. 緊急性の有無・伝達事項・画像データの有無

緊 急 性	<input type="checkbox"/> 緊急性あり	<input type="checkbox"/> 準緊急	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※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、お手数ですがその旨を上記3の医療機関宛にお知らせくださるようお願いいたします。

名古屋大学医学部附属病院診療申込書（患者さん控）

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もございます。

1. 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ご記載願います。

_____科_____グループ

医師指定 無・有（_____医師）

3. 紹介元医療機関

〒

住 所

医療機関名

診療科名

医師氏名

電 話

F A X

2. 受診日時

①予約日時の調整について

- ・数日以内に、名古屋大学病院病診連携室の担当者から電話連絡させていただきます。
- ・確定した予約日時は、必ずメモをお願いします。

予約日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分
------	-----------------------

②受診当日のご来院について

- ・予約時間の（ ）分前に外来棟1階の初診受付にお越しください。

4. 紹介患者情報

フリガナ		旧 姓	性 別	生年月日	大正 昭和 平成 令和
患者氏名			男 女		年 月 日 (歳)
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
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※		

連絡先が多数ある場合は、名大病院からかける順番をつけてください。
また、患者本人以外に連絡する場合は、患者との続柄もご記入ください。

5. 患者さんへ

【受診当日にご持参いただきたいもの】

- ・窓口で、紹介状、保険証、医療証等をご提示ください。
- ・現在、お薬を服用中の方は、お薬手帳等（服用されているすべてのお薬がわかるもの）を医師にご提示ください。

【交通のご案内】

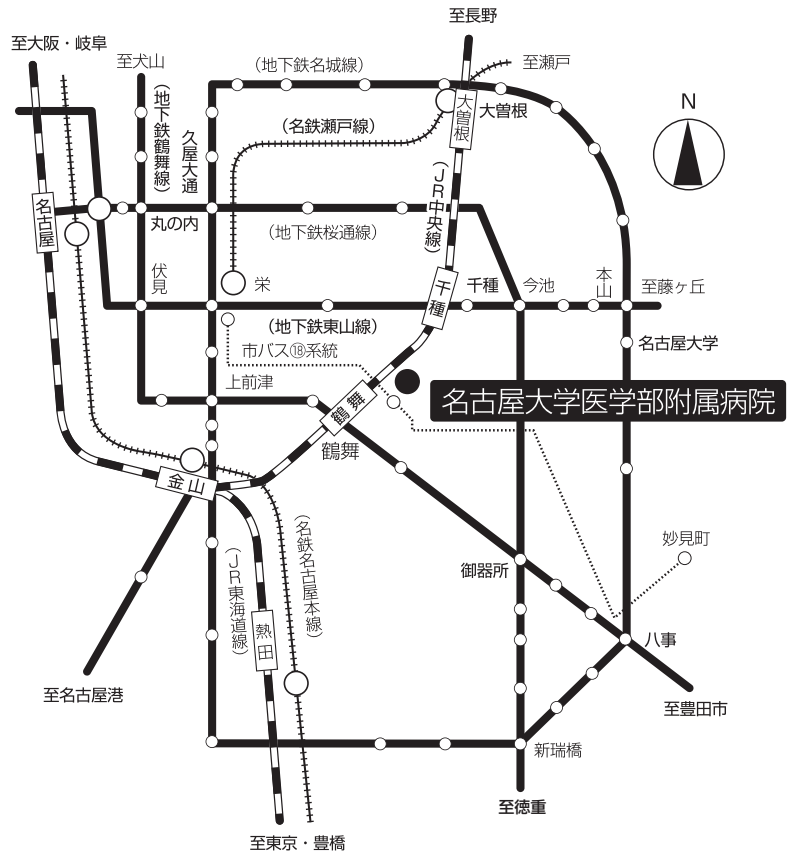
- ・本紙裏面をご覧ください。

※ 本件に関するお問い合わせは、医事課外来係 病診連携室にお願いします。

電話 052-744-2839（平日9時～16時30分）

交通のご案内

- JR 中央線 鶴舞駅
名大病院口より徒歩3分
- 地下鉄鶴舞線 鶴舞駅
(4番出入口)より徒歩8分
- 市バス
栄から栄18系統「妙見町」行
「名大病院」下車

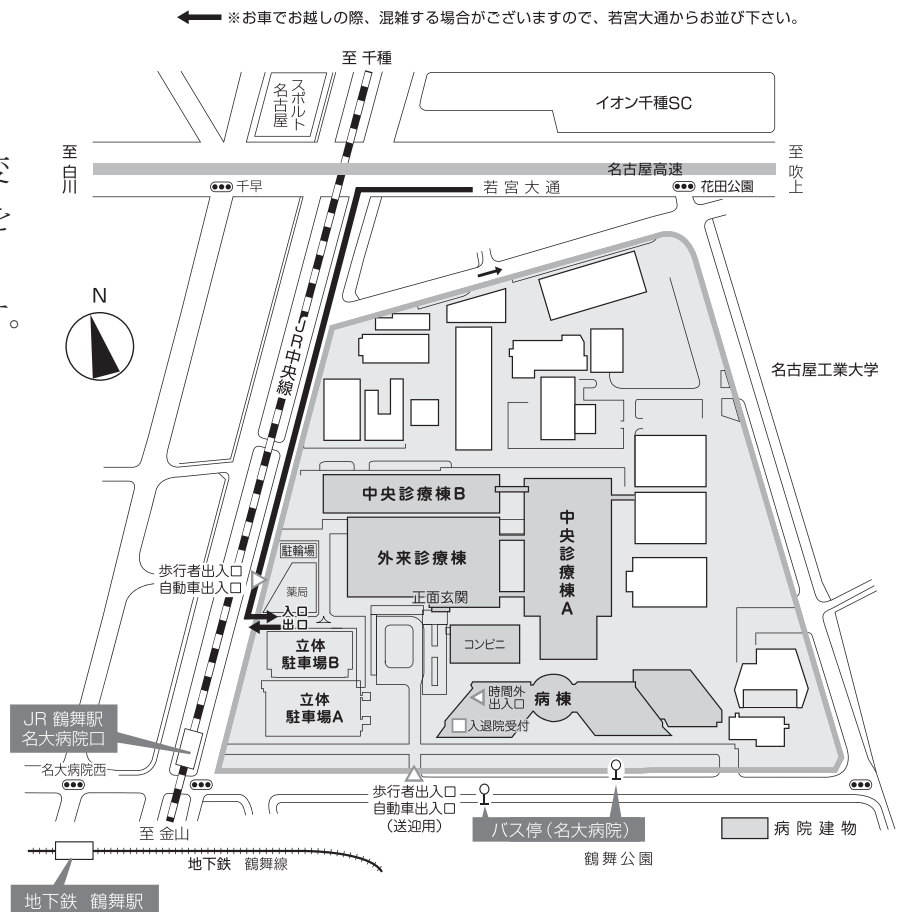


名大病院案内図

* 駐車場は収容台数に限りがありますので、なるべく公共交通機関(電車・バス等)をご利用ください。
やむなくお車でお越しの場合は大変混み合いますので、時間に余裕をもってお越しください。
駐車場出入口は敷地西側にあります。

- * 患者関係駐車整理料について
- 外来患者さんは、
入庫から7時間まで200円(ただし、受付票を提示し検印が必要)
- 検印場所は外来棟1階総合案内
(平日8:00~17:30)

* 車いす用駐車場は、立体駐車場Bの1階にございます。



〒466-8560
名古屋市昭和区鶴舞町65番地
TEL (052) 741-2111 (代表)