

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(フリガナ)	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	日本の公的医療保険: <input type="checkbox"/> 加入	※未加入の方は、医療ツーリズムを通していただく必要があります。
	日本語: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	※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未加入の患者さんの外来診療費は、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

医学的な緊急性	<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	

【本紙と一緒に「診療情報提供書」をFAX送信願います。また、当日は原本を必ず持参ください。】

※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。

※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。