

名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院 循環器内科・神経内科・整形外科 診療申込書

[宛 先] 名古屋市総合リハビリテーションセンター附属病院

[FAX 番号] 052-835-3963 (外来診察室)

[受付時間] 9時から16時30分(土・日・祝日・年末年始12/29~1/3 除く)

申込医療機関 _____

医療機関名 _____

医師名 _____ 先生

TEL _____ - _____ FAX _____ - _____

依頼日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 受診科に☑をつけてください

※ 申込の際は、必ず診療情報提供書も一緒にFAXをお願いします。

循環器内科 神経内科 整形外科

希望医師

なし あり(医師名： _____)

※ ご希望にお応えできず、代理の医師が対応させていただく場合がありますことを、ご了承ください。

フリガナ

患者氏名

男

明治 大正 昭和 平成

女

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

連絡先： _____ - _____

住所 〒 _____

※ 来院時「保険証」「診療情報提供書」「(あれば)画像」をご持参いただきますようお願い下さい。

その他

当院の受診歴があれば、☑をつけてください。 ⇒ 受診歴有り

[問合せ先] 外来診察室

052-835-3811 (内線：9522)