

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・脳神経内科・整形外科 診療申込書

申込日 令和 年 月 日

[FAX番号] 052-835-3963 (地域医療連携室)

[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)

※16:30以降にお送り頂いた診療申込書の回答は翌診療日となりますのでご了承下さい。

紹介元医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

受診希望診療科にし点をつけて下さい。

循環器内科 脳神経内科 もの忘れ外来 整形外科

※申込みの際は、必ず診療情報提供書と一緒にFAXをお願いします。

希望医師 なし あり (医師名 \_\_\_\_\_) 医師

※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。

受診希望日 第1希望 令和 年 月 日

第2希望 令和 年 月 日

※予約状況によりご希望に沿えない場合がありますことをご了承下さい。

予約日の日程調整は、リハビリセンターが 患者さんを行う

医療機関を行う

いずれかにし点をお願いします。

フリガナ

患者氏名

男

・

女

大正昭和平成

年 月 日生

住所

連絡先 ※日中に必ず連絡がつく電話番号を記入してください。

( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

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

その他

※当院の受診歴があればし点をつけて下さい。

受診歴あり (ID \_\_\_\_\_)

[問い合わせ先]

地域医療連携室

052-835-3473 (直通)