

(宛先)

診療申込書

名古屋市立 西部医療センター（地域医療連携室）

FAX番号 (052) 991-8161

申込医療機関

医療機関名

【医療機関連絡（スタッフ名）】

TEL

FAX

依頼日 令和

年

月

日

※受診科に○をつけてください 【予約の際は診療情報提供書も一緒にFAXお願いします】

- ◆内科 【総合内科】【呼吸器内科】【消化器内科】【循環器内科】【腎・透析内科】【神経内科】
【血液腫瘍内科】【内分泌・糖尿病内科】【リウマチ・膠原病内科】【もの忘れ外来】
- ◆外科 【一般外科】【呼吸器外科】【消化器外科】【乳腺・内分泌外科】【小児外科】【形成外科】
- ◆小児科 【一般小児】【小児神経】【小児アレルギー】【小児内分泌】【小児循環器】
- ◆脳神経外科 ◆整形外科、小児整形 ◆児童精神科【中学三年生まで】
- ◆皮膚科 ◆産婦人科 ◆泌尿器科・小児泌尿器 ◆眼科 ◆耳鼻咽喉科
- ◆放射線治療科 ◆麻酔科 ◆歯科口腔外科 ◆注：栄養相談は別途申込書あります
- ◆マンモグラフィー ◆遺伝診療部

*セカンドオピニオンの予約は「セカンドオピニオン予約申込書」をお使いください。

希望医師

なし・あり（医師名：

）

フリガナ

患者氏名

男

明治・大正・昭和・平成・令和

年

月

日

連絡先：

—

—

女

【住所】〒

都道
府県市郡
町村

区

保険種別など（該当箇所に✓を入れてください）

 社保 国保 後期高齢 生保 交通事故 労災 自費

希望日【第1： / （ ） 第2： / （ ） 第3： / （ ）】

《西部医療センターからの予約日時の回答がありましたら、下記に記載して患者様へお渡しください》

切



予約票

診察券番号【

】

予約診療科【

】

予約日時【

月

日

曜日】

予約時間【

:

】

西部医療スタッフ名【

】

【患者様へ】 ◆予約時間 15分前に1階①番地域医療連携窓口にお越しください。

◆キャンセル・変更は患者様本人・ご家族様より地域医療連携室にご連絡ください。

西部医療センター地域医療連携室直通 052-991-8145