

# 地域連携室 紹介申込書

令和 年 月 日

紹介元

AOI 名古屋病院 地域連携室

FAX : 932-7182

TEL : 932-7152

医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

受診希望科	科			先生
<input type="checkbox"/> 診 察	<input type="checkbox"/> 検査 (上部消化管内視鏡) <input type="checkbox"/> 検査 (下部消化管内視鏡)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	妊娠 有・無 (産婦人科のみ)	
診療目的				

受診日	第1希望	令和 年 月 日 ( )
	第2希望	令和 年 月 日 ( )

## 外来・入院 診療申込書

紹介者情報	ふりがな		1. 男 2. 女	保険者番号	
	氏名			記号・番号	
	生年月日	1. 大正 2. 昭和 年 月 日 3. 平成 ( 歳 か月) 4. 令和		公費負担者番号	
	住所	〒 自宅電話 ( ) - 携帯電話 ( ) -		公費負担医療の受給者番号	
				被保険者との続柄	本人・家族

※可能であれば保険証のコピーも併せて FAX 送信してください。