

地域連携室 紹介申込書

令和 年 月 日

紹介元

A O I 名古屋病院 地域連携室

FAX : 9 3 2 - 7 1 8 2

TEL : 9 3 2 - 7 1 5 2

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	外来 呼吸リハビリテーション			

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	年 月 日 (歳 か月)	公費負担者 番号	
		2. 昭和 3. 平成 4. 令和		公費負担医療 の受給者番号	
住所	〒		被保険者との 続柄	本人・家族	
	自宅電話 () - 携帯電話 () -				

※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。