

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 : 052(932)7182
 TEL : 052(932)7152

医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

受診希望科	呼吸器内科	荒木 先生
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 ()
	第3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	
				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。