

患者紹介連絡書（FAX用）

紹介医療機関（所在地・名称・TEL/FAX）

名鉄病院 地域医療連携室

名古屋市西区栄生2-26-11

TEL 052-586-5755

FAX 052-586-5756

24時間受付

24時間受付けていますが、夜間17時以降、
休日についてはお返事が翌診療日になります
ので、ご了承ください。

受診希望の患者さま

フリガナ

生年月日 明・大・昭・平

氏名 さま 男・女 年 月 日

当院の患者ID（お持ちの場合のみ）

住所 〒 - -

電話番号 - - (携帯) -

受診希望日 第1希望 年 月 日 AM PM
(ある場合) 第2希望 年 月 日 AM PM

ご希望の担当医 なし・あり (医師)

受診希望科 ご希望の科に○をつけてください

内科
神経内科
循環器内科
呼吸器内科（火、金曜午前のみ）
消化器内科
血液内科
内分泌代謝科
スポーツ内科（第一土曜午前のみ）
禁煙外来（金曜午後のみ）

小児科
外科
整形外科
脳神経外科
婦人科
皮膚科

泌尿器科
耳鼻咽喉科
眼科
放射線科
予防接種センター

* 脳卒中連携システム

検査依頼項目 ご希望の項目に○をつけてください

MRI ・ CT ・ シンチグラム（心筋シンチ・骨シンチ・脳血流シンチ・その他） ・ 骨密度
負荷心電図 ・ 心エコー ・ 腹部エコー ・ 上部消化管透視 ・ 大腸X線検査
上部内視鏡 ・ 大腸内視鏡 ・ 乳癌検査 ・ その他 ()

検査部位 ()

入院予約 (科 医師) と連絡済です

その他連絡事項

- 保険証・公費医療証を併せてFAXしてください。事前にカルテをお作りいたします。
- 緊急の場合 夜間・休診日の緊急の場合は
052-551-6121へご連絡ください。
- 本紙はコピーしてお使いください。名鉄病院ホームページからもダウンロードできます。