

# 患者紹介連絡書 (FAX用)

紹介医療機関 (所在地・名称・紹介医・TEL/FAX)

名鉄病院 地域医療連携室  
FAX 052-586-5756

TEL 052-586-5755  
月～金 8:30～17:00 第一土曜 8:30～13:00

認知症の診察依頼、お問合せについてはこちらへ  
名鉄病院 認知症疾患医療センター  
FAX 052-571-1053

TEL 052-551-2802  
月～金 9:00～17:00 第一土曜 9:00～13:00

- 診療情報提供書は予約前日までにFAXをお送り下さい。  
同時にFAX出来ない場合は、下記「連絡事項」欄に主訴(紹介目的)など情報をお書き添え下さい。
- FAXでのご依頼は24時間受付ていますが、休日についてはお返事が後日となりますのでご了承下さい。

フリガナ				男・女	生年 月日	明・大・昭・平
氏名	(旧姓) さま					年 月 日
住所	〒 - -					
電話番号	(自宅) - -	(携帯) - -				
受診希望日	第1希望	年 月 日	第2希望	年 月 日		
ご希望の担当医	なし・あり ( 医師 )			科	医師と連絡済	
受診希望科	ご希望の科に○をつけてください					
総合内科	内分泌・代謝内科	皮膚科				
脳神経内科	小児科	泌尿器科				
循環器内科	外科	耳鼻咽喉科				
消化器内科	整形外科	眼科				
血液内科	脳神経外科	放射線科(火曜除く)				
呼吸器内科 (火・金曜午前)	婦人科					
腎臓内科 (火曜午前)	リウマチ・膠原病内科 (月曜午後・木曜午前)					
※ 特殊外来【完全予約制】						
スポーツ内科 (第一土曜午前)	ASO外来 (月・水曜午後)	＜糖尿病センター＞				
肝臓外来 (木曜午前)	ウロギネセンター [女性泌尿器]	栄養相談				
禁煙外来 (金曜午後)	(日程要相談)	インスリン導入外来 (木曜)				
ストーマ外来 (日程要相談)	認知症疾患医療センター	糖尿病・透析予防外来 (水曜)				
音声外来 (木曜午後・第1土曜午前)	(日程要相談 ※専用回線上記)	フットケア外来 (火・金曜)				
乳腺外来 (月、木曜午前・金曜午後)		糖尿病教室 (第2、3、4木曜)				
関節鏡・スポーツ整形外科センター (火曜午前)						
☆《セカンドオピニオン》UAE(子宮動脈塞栓術)						
検査依頼項目	ご希望の項目に○をつけてください					
上部内視鏡	心筋シンチ	MRI (単純・造影)	検査部位			
大腸X線検査	骨シンチ	CT (単純・造影)	→ ( )			
腹部エコー	脳血流シンチ	※CTでの血管描出の場合は造影剤を使用いたします				
心エコー	腎シンチ	その他 ( )				
骨密度						
連絡事項・主訴 (紹介目的)						

● 夜間・休診日の緊急時は 052-551-6121 へお電話下さい