

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 8:30～19:00 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				明・大・昭・平
氏名	(旧姓) さま	男・女	生年 月日	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	老年内科(水・金)
呼吸器内科 (火・金曜午前 完全予約制)	婦人科	放射線科(火曜除く)
腎臓内科 (火曜午前・水・木)	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】

乳腺外来 (月、木曜午前・金曜午後)	認知症疾患医療センター	ウロギネセンター [女性泌尿器]
音声外来 (木曜午後)	(日程要相談 ※専用回線上記記載)	(日程要相談)
関節鏡・スポーツ整形外科センター (火曜午前)		
小児漢方内科 (第1・3水曜午前)		☆《セカンドオピニオン》UAE(子宮動脈塞栓術)
フレイル・ロコモ外来 (水曜午後・金曜午後)		

検査依頼項目	ご希望の項目に○をつけてください	検査部位
上部内視鏡	心筋シンチ	MRI (単純・造影) → [] CT (単純・造影) → [] ※CTでの血管描出の場合は造影剤を使用いたします 造影の場合(3ヶ月以内のもの) (採取日: /) クレアチニン _____mg/dl eGFR _____ml/min/1.73m ³ CTなどヨード造影剤はeGFR 30未満は造影できません MRIガドリニウム造影剤はeGFR 15未満は造影できません
骨密度	骨シンチ	
	脳血流シンチ	
	腎シンチ	

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