

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

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

● 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				大・昭・平・令
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			
老年・総合内科 (水・金)	内分泌・代謝内科	泌尿器科		
脳神経内科	小児科	耳鼻咽喉科		
循環器内科	外科	睡眠障害センター (月・木)		
消化器内科	整形外科	眼科		
血液内科 (水曜除く)	脳神経外科	放射線科 (火曜除く)		
呼吸器内科 (火・金曜午前 完全予約制)	婦人科	皮膚科		
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】 ウロギネセンター [女性泌尿器] 関節鏡・スポーツ整形外科センター (火曜午前) (日程要相談) 乳腺外来 (月曜午前、水曜・木曜午後) 認知症疾患医療センター 音声外来 (木曜午後) (日程要相談 ※専用回線上記記載) 小児漢方内科 (水曜午前) フレイル・ロコモ外来 (水曜午後・金曜午後) ☆《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			検査部位
上部内視鏡	心筋シンチ	MRI (単純・造影)	→ []	
骨密度	骨シンチ	CT (単純・造影)		
	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		
	腎シンチ	造影の場合(3ヶ月以内のもの)(採取日: /)		
		クレアチン _____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		
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