

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

予約日の日程調整を名鉄病院が

患者さんとおこなう

(※検査依頼は医療機関同士でお願いします)

医療機関とおこなう

● 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	日中連絡のつくところ TEL - -					
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・火・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				
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] (日程要相談)	関節鏡・スポーツ整形外科センター (火曜午前)					
認知症疾患医療センター (センターへ申し込み)	乳腺外来 (月曜午前、水曜・木曜午後)					
	音声外来 (木曜午後)					
	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せん				
	腎シンチ	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				
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

