



紹介患者様

# 事前(診察・検査)申込書

## ■受診希望日

(第1希望) 年 月 日 ( )  
 (第2希望) 年 月 日 ( )  
 (第3希望) 年 月 日 ( )  いつでもよい

↓希望受診科Noに○印を

## ■紹介患者情報

フリガナ		性別	
氏名	様	男・女	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 (電話番号: ) (携帯番号: )		

◎受診を希望する医師があればご記入してください。

医師名 \_\_\_\_\_ 先生

◎名城病院に受診歴がある場合

登録番号

## ■紹介元医療機関

名称			
所在地	〒		
電話 FAX			
診療科	科	紹介医	先生
<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり			
傷病名(主訴):			
紹介目的:			
その他			

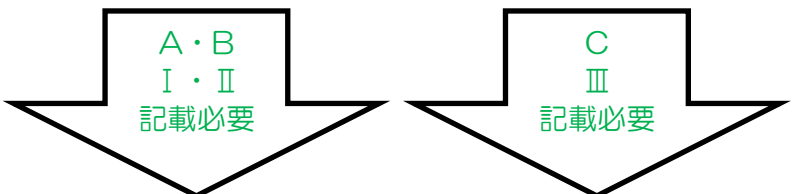
■一般外来		■専門外来	
01	内科 消化器内科 呼吸器内科 腎臓内科 糖尿病・内分泌内科	21	内分泌外来 (月) 13:00~16:00 (金) 14:00~16:00
02	循環器内科	22	不整脈外来 (月) 14:00~16:00
03	小児科	23	肝臓外来 (火) 14:00~16:00
04	外科	24	糖尿外来 (水) 14:00~16:00
05	整形外科	25	カプセル内視鏡外来 (木) 15:00~16:00
06	心臓血管外科	26	喘息・COPD外来 (金) 14:00~15:30
07	皮膚科	27	認定看護師看護相談外来
08	泌尿器科		
09	婦人科		
10	眼科		
12	歯科口腔外科		
13	神経内科(水曜日)		
15	小児循環器科		
19	脳神経外科		

歯科口腔外科に限り、  
直接患者様より歯科口腔外科外来へお電話いただき予約日を調整させていただきます。  
(月~金:14:00~16:00)

## ■日帰り検査

↓希望検査項目に○印を付け、以下の項目にお答えください

A	上部消化管内視鏡検査(月・火・水・木・金曜日) 8:50来院 *名古屋市在住の50歳以上の方で、ワンコイン検診を希望される場合は、事前にお知らせください。
B	大腸内視鏡検査(月・火・水・金曜日) 8:50来院
C	胃瘻カテーテル交換(火・水曜日) 10:30来院



I	当院での感染症検査希望	あり	なし
【注意】 1) 希望されない場合は当日検査結果を持参してください 2) 検査内容は、①HBs抗原②HCV抗体③梅毒RPR定性④梅毒TP法の4項目が必須です。			
II	抗血栓薬の服用	あり	なし
(薬名: ) ※当日お薬手帳を持参してください			
III	現在の胃瘻カテーテル種類	当院での胃瘻交換はチューブ/バルーンタイプのみです。ボタン/バンパーは取り扱っておりません。	
( 製 Fr 固定水 ml)			
◆	胃瘻カテーテル交換の方は下記に☑をお願いします		
<input type="checkbox"/> 現在施設に入所中 <input type="checkbox"/> 自宅			
<input type="checkbox"/> 現在病院に入院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

★調整がとれ次第「受診日時のお知らせ」を送信いたしますので患者様にお渡しいただくか、受診日等の連絡をお願いいたします。

★消化器内科は、診察と■日帰り検査の申込は別になります。診察希望時は■一般外来の消化器内科に○印を、■日帰り検査のみ希望時はABCに必ず○印をお願いいたします。