事前診療申込書（FAX用）

地域連携室　FAX 052-723-3648
受付時間　平日　　8時30分～19時
第1・3・5 土曜　　8時30分～12時15分
※上記以外の時間は翌営業時間の対応となります。

（診察をご依頼の場合、本状と同時に、診療情報提供書もFAX願います。）
FAXでご依頼後、調整して予約票又は確認票を送付いたしますのでよろしくお願いいたします。

【患者様情報】

ふりがな		男・女
患者様氏名		
生年月日	年　月　日（　歳）	
住所		
電話番号 自宅	（　）　－	
電話番号 携帯	（　）　－	

【紹介元医療機関情報】

紹介元医療機関様　住所・名称・依頼医師名
住所
医療機関名称
依頼医師名　先生
電話
FAX

【外来予約】

※受診科に〇をつけてください。

受診科　□消化器内科　□循環器内科　□呼吸器内科　□消化器外科　□血管外科　□整形外科
□肝臓内科　□糖尿病内科

希望医師　□無　□有【　】
受診歴　□無　□有【ID No.　】

※上記以外の診療科はご予約を受付けておりません

【内視鏡予約】

内視鏡検査　□胃カメラ　□大腸カメラ　希望医師　□無　□有【　】

※　胃カメラと大腸カメラを同日希望される場合は外来受診をご依頼ください。

【超音波検査予約】

超音波検査　□腹部　□頚部　□心臓

【CT・MR予約】

□ CT　□ 単純　□ 造影　部位【　】
□ MR　□ 単純　□ 造影　部位【　】

※(造影は平日の午前中のみとなります）8:30～11:30
※依頼書がなくなりましたらご連絡ください。711-6131　地域連携室

診療希望日時　□ いつでもよい
□ 希望あり　第一希望　月　日（　）
第二希望　月　日（　）
第三希望　月　日（　）

※来院時「保険証」「診療情報提供書(紹介状)」「予約票」を必ずご持参いただきご提示下さい。
※ご予約のご希望に添えない場合は、御連絡申し上げますのでご了承ください。

KKR東海病院
名古屋市千種区千代田橋1－1－1
国家公務員共済組合連合会　東海病院
地域連携室
電話　052-711-6131
FAX　052-723-3648