

診療予約申込票 (FAX用)
FAX 0463-93-1125

※紹介状(診療情報提供書)は
貴院所定の様式で構いません。

東海大学医学部付属病院
医療連携室 行

注：申込票は救命救急センターへの紹介には使用できません。

注：緊急で受診希望の場合は、直接外来へご連絡ください。

*下記の標榜科を参考に依頼科を記入ください。 記載日 年 月 日

受診希望	月	日	時頃	科	担当医	宛
(医師指定の場合記入)				先生)		
紹介内容:						
検査のみ希望	月	日	検査部位	クレアチニン値または eGFR値		
希望検査に○を記載。★印は同意書が必要です(こちらからFaxいたします)。造影検査はクレアチニン値等を記載。						
★ 造影CT・冠動脈CT・造影MRI			★ 筋電図検査			
CT・MRI・MRA・MRCP・核医学検査()・デンタルCT						
妊娠(有・無)・感染症情報(無・有「 」)・体内金属(無・有「 」)・刺青(無・有)						
貴医療機関名			住所			
紹介医師氏名			Tel Fax			
患者の状況	外来通院中・入院中(退院予定日: 月 日頃)			独歩・車椅子・ストレッチャー		
(旧姓:)						
フリガナ	男		生年月日			
患者氏名	様	女	M・T・S・H	年	月	日 (歳)
住所			電話			
東海大学医学部付属病院の診察券番号 有()・無・不明						
外国人の場合の通訳 要・不要 (要の場合は通訳料は患者負担)						

注：体内金属は次のものも含まれます

心臓ペースメーカー・人工内耳・カプセル内視鏡・脳室シャント

脳動脈クリップ・冠動脈ステント・人工関節・インプラント・貼薬(ニトロダームなど)

*診療情報提供書もFaxをお願いします。

「総合内科・血液腫瘍内科・消化器外科・乳腺内分泌外科・小児科・産科・ペインクリニック」は
予約時に必要です。

当院の標榜科です。依頼科の参考にしてください。			リハビリテーション科	小児科
総合内科	神経内科	乳腺内分泌外科	産科(妊娠10週以降)	小児外科
循環器内科	腎内分泌代謝内科	脳神経外科	婦人科	精神科
呼吸器内科	心臓血管外科	整形外科	遺伝子外来	放射線治療科
消化器内科	移植外科	形成外科	皮膚科	画像診断科
血液腫瘍内科	呼吸器外科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	ペインクリニック
リウマチ内科	消化器外科	口腔外科	眼科	緩和ケア科
受診科不明				

問合せ先

東海大学医学部付属病院 患者支援センター 医療連携室

Tel: 0463-93-8495(直通)
Fax: 0463-93-1125

平日 8:30~16:30
第1・3・5 土曜日 8:30~14:30