

新生会第一病院C K D - D M連携診療申込書

〈外来受付〉 電話 052-808-2100

F A X 052-808-3232

1. 紹介元医療機関

_____ 病院・医院・クリニック _____ 科

医師氏名 _____

電話番号 (_____) - _____ / F A X 番号 (_____) - _____

2. 受診希望

- _____ 月 _____ 日 _____ 曜日
- いつでもよい
- 他の希望 (曜日や医師の希望)
- (_____)

➡ 内容

- C K D 栄養指導 (診察後)
- D M 栄養指導 (診察後)
- 腎臓内科診察 (医療福祉相談を含む)
- 内分泌・糖尿病内科診察
- C K D 教育入院
- D M 教育入院

入院の希望がある場合も、一旦外来受診をしていただき、具体的な日時を決めていきます。

3. ご紹介いただく患者様についてご記入ください

刀がナ

氏名 _____ 様 (男 ・ 女)

生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住所 〒 _____ - _____

自宅Tel (_____) - _____ / 昼間の連絡先 (_____) - _____

※日中に必ず連絡の取れる番号をご記入下さい

当院受診歴 (診療科問わず) (有 ・ 無)

備考

以下のとおり、予約をお取りしました。

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 時間 _____ 時 _____ 分 医師 _____

予約内容 受診科 (腎臓内科 ・ 内分泌・糖尿病内科)

その他 (栄養指導 ・ 医療福祉相談)

入院 (有 ・ 無)

備考

新生会第一病院
名古屋市天白区高宮町1302
電話 052-808-2100
F A X 052-808-3232

※ ご不明な点がございましたら、新生会第一病院 外来受付までお問い合わせください。