

中部国際医療センター
紹介連絡・予約申込

(申込日: 令和 年 月 日 午前・午後 時 分)

FAX 0574-66-1581

受付時間:8時~17時(月~土) 17時以降のお申し込みは翌営業日の返信となります
放射線検査の電話でのご予約は 0574-66-1328 にて承っております
(17時以降は代表電話(0574-66-1100)より担当者にお繋ぎします)

紹介元情報									
紹介元医療機関名					医師名				
電話					FAX				
患者様情報									
フリガナ								性別	
患者名								様	
生年月日								大・昭・平・令 年 月 日	
年齢								歳	
住所			〒		—		電話		—
							携帯		—
紹介先診療科:					医師名:				
					<input type="checkbox"/> 医師指定なし				
診断名又は症状:					<input type="checkbox"/> 別紙情報提供書のとおり				
希望診察日		第1希望		月 日		第2希望		月 日	
								<input type="checkbox"/> 特に希望なし	
紹介目的						備考欄			
<input type="checkbox"/> 診察						<input type="checkbox"/> 入院中(退院予定あり 月 日)			
<input type="checkbox"/> 検査						<input type="checkbox"/> 地域連携パス			
<input type="checkbox"/> 胃カメラ(月 日 予約済) <input type="checkbox"/> 心臓CT(320列CT)						紹介患者様が下記点数を算定している場合、チェックを記入ください			
<input type="checkbox"/> 担当医師へ連絡済						<input type="checkbox"/> C002 在宅時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C002-2 特定施設入居時医学総合管理料 <input type="checkbox"/> C003 在宅がん医療総合診療料 <input type="checkbox"/> C100~C116 在宅療養指導管理料			
救急へ紹介の場合、以下に○を記入ください									
来院方法(自家用車 : 救急車 : 施設車)									
こちらからお問い合わせをする場合があります。 時間外の紹介の場合は緊急連絡先をご記入ください。 連絡先()									

お問い合わせ先

中部国際医療センター 地域連携課

直通電話 0574-66-1580

直通FAX 0574-66-1581

FAX 0574-66-1581

受付時間: 8時~17時(月~土) 17時以降のお申し込みは翌営業日の返信となります
放射線検査の電話でのご予約は 0574-66-1328 にて承っております
(17時以降は代表電話(0574-66-1100)より担当者にお繋ぎします)

紹介元情報											
紹介元医療機関名					医師名						
電話					FAX						
患者様情報											
フリガナ								性別			
患者名								様		男・女	
生年月日			大・昭・平・令 年 月 日				歳				
住所		〒			—		電話	—	—		
							携帯	—	—		
紹介先情報											
紹介先診療科: 歯科口腔外科					医師名: <input type="checkbox"/> 医師指定なし						
診断名又は症状:					<input type="checkbox"/> 別紙情報提供書のとおり						
希望診察日		第1希望		月 日		第2希望		月 日		<input type="checkbox"/> 特に希望なし	
紹介目的					備考欄						
こちらからお問い合わせをする場合があります。 時間外の紹介の場合は緊急連絡先をご記入ください。 連絡先()											

お問い合わせ先
中部国際医療センター 地域連携課
直通電話 0574-66-1580
直通FAX 0574-66-1581

FAX 0574-66-1581

--

受付時間:8時~17時(月~土) 17時以降のお申し込みは翌営業日の返信となります

紹介元情報										
紹介元医療機関名					医師名					
電話					FAX					
患者様情報										
フリガナ								性別		
患者氏名								様		男・女
生年月日			大・昭・平・令 年 月 日				歳			
住所		〒	—			電話	—	—		
					携帯	—	—			
紹介先情報										
紹介先診療科: 循環器内科(特急ひだ外来)					医師名: 第1.3.5木曜 青山 第2.4木曜 高橋					
診断名又は症状:			□別紙情報提供書のとおり							
希望診察日	第1希望	月 日(木)			第2希望	月 日(木)			□ 特 希 望 な し	
紹介目的					備考欄					
□診察					特急ひだ外来は毎週木曜日です					
□希望検査					診察時間 11時~14時					
□320列CT □心臓エコー □心筋シンチ □心臓MRI										
□運動負荷心電図 □日帰りカテーテル検査										
□担当医師へ連絡済										

お問い合わせ先

中部国際医療センター 地域連携課

直通電話 0574-66-1580

直通FAX 0574-66-1581

FAX 0574-66-1581

受付時間: 8時~17時(月~土) 17時以降のお申し込みは翌営業日の返信となります
放射線検査の電話でのご予約は 0574-66-1328 にて承っております
(17時以降は代表電話(0574-66-1100)より担当者にお繋ぎします)

紹介元情報										
紹介元医療機関名					医師名					
電話					FAX					
患者様情報										
フリガナ								性別		
患者氏名								様		男・女
生年月日			大・昭・平・令 年 月 日				歳			
住所		〒	-				電話	-	-	
							携帯	-	-	
紹介先情報										
紹介先診療科: 内分泌内科(DMパス)					医師名:					
診断名又は症状:					□別紙情報提供書のとおり					
希望診察日		第1希望		月 日		第2希望		月 日		□ 特に希望なし
紹介目的					備考欄					
地域連携パス 定期受診										
□経口薬療法中					□半年後紹介					
□インスリン注射薬療法中					□一年後紹介					
上記ご記入ください										
こちらからお問い合わせをする場合があります。 時間外の紹介の場合は緊急連絡先をご記入ください。 連絡先()										

お問い合わせ先

中部国際医療センター 地域連携課

直通電話 0574-66-1580

直通FAX 0574-66-1581