

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		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:					医師名:					□医師指定なし	
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						
□診察					□ 入院中(退院予定あり 月 日)						
□検査					□ 地域連携パス						
□胃カメラ( 月 日 予約済)					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						
□心臓CT(320列CT)											
□担当医師へ連絡済					□ C002 在宅時医学総合管理料						
救急へ紹介の場合、以下に○を記入ください					□ C002-2 特定施設入居時医学総合管理料						
					□ C003 在宅がん医療総合診療料						
来院方法( 自家用車 : 救急車 : 施設車 )					□ C100~C116 在宅療養指導管理料						
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