

名古屋大学医学部附属病院診療申込書

紹介元の先生へ

- ① ご希望の予約日は、原則3平日以上先でご記入ください。
FAX受付期間は、診療希望日の1ヶ月前から3平日前です。
- ② 診療申込書①をFAXで052-744-2780宛にお送りください。
(FAXは24時間対応。但し、事務手続きは、平日9時～15時に行います。)

紹介状の事前提供をお願いいたします。

- ③ あらかじめ該当の医師に連絡しますので、診療申込書とともにFAXで紹介状の写しを送信くださるようお願いいたします。
紹介状は、貴院の様式で差し支えありません。
- ④ 患者さんには、診療申込書②に紹介状を添えてお渡しくください。
- ⑤ 予約日時については、患者さんとの調整後に貴院へご連絡します。
※診療科（医師）によっては、予約時間の指定ができない場合があります。
- ⑥ 入院中の患者さんをご紹介いただく場合は、裏面の「受診状況連絡箋」にご記入のうえ診療申込書①とともにFAX送信願います。

※ 名大病院の診療科は以下のとおりです。（ ）内はグループ名です。
血液内科、循環器内科、消化器内科（消化管上部、消化管下部、肝臓、胆道・膵臓）、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、腎臓内科、血管外科（動脈、静脈）、移植外科、消化器外科一、消化器外科二、乳腺・内分泌外科、整形外科（股関節、脊椎、腫瘍、小児整形、膝肩）、手の外科、リウマチ科、産科婦人科、眼科、精神科、小児科（血液・腫瘍、神経、ウイルス、新生児、免疫、循環器）、皮膚科、泌尿器科、耳鼻いんこう科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、脳神経外科、老年内科、神経内科、呼吸器外科、心臓外科、形成外科、小児外科、総合診療科、親と子どもの心療科

※ 放射線検査の予約は、電話052-744-2825でお受けします。
また、セカンドオピニオンの予約は同じく電話052-744-2825で患者さんからの直接申込により受付しますので、この診療申込書は使用しないよう願います。

※ 今後とも病診連携業務につきまして、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。
本紙がなくなりましたら、下記あてにできるだけFAXでご連絡願います。

名古屋大学医学部附属病院
地域医療センター病診連携室

電話 052-744-2839
FAX 052-744-2780

病院ホームページで外来受診のご案内を公開しています。
アドレス <http://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/>

受診状況連絡箋

本名古屋大学医学部附属病院、受診日の入院状況について、
該当するものにチェックを付し、診療申込書①と併せてFAX送信願います。

1. 患者氏名 _____ 様

2. 入院基本料区分

一般病棟入院基本料 [DPC対象病院]、特定機能病院入院基本料

※1 本院での診療行為を含めてDPCが変更となる場合がありますので、
本院医事担当者への連絡をお願いします。

※2 本院での診療行為を含め、DPC対象となる場合は、本院での診療に係る
保険請求ができませんので、貴院あて費用の請求をさせていただきます。

一般病棟入院基本料 [DPC未導入病院 (出来高算定病院)]

特定入院料 (療養病棟入院料・有床診療所療養病床入院料等)

その他 (_____)

3. 受診目的・・・本院レセプト請求にあたり必要となりますので記載をお願いします。

紹介元である入院医療機関に検査・画像診断等の設備がないため。

紹介元である入院医療機関に専門的な診療科がないため。

その他 (_____)

※ セカンドオピニオン以外で、本院が自費診療として患者さんより徴収することは
混合診療に抵触しますのでお受けできません。(東海北陸厚生局の指導による)

4. 診療費用の請求先

貴院 医事担当者連絡先

医療機関名 : _____

部署名 : _____

担当者名 : _____

電話 : _____

名古屋大学医学部附属病院 医事担当者連絡先

部署名 : 医事課 医事掛

担当者名 : 医事掛長

電話 : 052-744-2838 (直通)

※この用紙をコピーして、ご使用願います。

名古屋大学医学部附属病院診療申込書①

地域医療センター病診連携室

電話 052-744-2839
FAX 052-744-2780

平成 年 月 日

1. 紹介先診療科、診療グループ、医師名

_____科_____グループ
_____医師

2. 受診希望日（3平日以上先でご記入ください）

月 日 曜日

いつでもよい

3. 紹介元医療機関

〒
住 所
医療機関名
医師氏名
電 話 () -
F A X () -

4. 紹介患者情報

フリガナ		性 別	生年月日	明治 大正 昭和 平成
患者氏名		男 女		年 月 日
住 所	〒			
自宅電話		当院受診歴	有 (ID) 無	
昼間の連絡先	日中に必ず連絡できる番号をご記入ください	受診当日の状況	通院中 入院中*	
		*入院中の場合は、表紙裏の受診状況連絡箋を送信願います		

5. 診療情報提供書（この欄を使用せずに貴院の様式を添付いただいで構いません）

傷病名（主訴）
紹介目的：加療 入院適応 精査 その他（ ）
現病歴・現症
現在の処方
備考（ご希望事項がありましたら、ご記入ください。）
画像データ添付 有（返却 要 不要）・ 無

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、名古屋大学医学部附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を上記3の医療機関宛、お知らせくださるようお願いいたします。

名古屋大学医学部附属病院診療申込書（貴院控）

地域医療センター病診連携室

電話 052-744-2839
FAX 052-744-2780

平成 年 月 日

1. 紹介先診療科、診療グループ、医師名

_____科_____グループ
_____医師

2. 受診希望日（3平日以上先でご記入ください）

月 日 曜日

いつでもよい

3. 紹介元医療機関

〒
住 所
医療機関名
医師氏名
電 話 () -
F A X () -

4. 紹介患者情報

フリガナ		性 別	生年月日	明治 大正 昭和 平成
患者氏名		男 女		年 月 日
住 所	〒			
自宅電話		当院受診歴	有 (ID) 無	
昼間の連絡先	日中に必ず連絡できる番号をご記入ください	受診当日の状況	通院中 入院中*	
		*入院中の場合は、表紙裏の受診状況連絡箋を送信願います		

5. 診療情報提供書（この欄を使用せずに貴院の様式を添付いただいで構いません）

傷病名（主訴）
紹介目的：加療 入院適応 精査 その他（ ）
現病歴・現症
現在の処方
備考（ご希望事項がありましたら、ご記入ください。）
画像データ添付 有（返却 要 不要）・ 無

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、名古屋大学医学部附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を上記3の医療機関宛、お知らせくださるようお願いいたします。

名古屋大学医学部附属病院診療申込書②（患者さん用）

※紹介くださる先生方へ：この用紙を患者さんにお渡し願います。

平成 年 月 日

1. 紹介先診療科、診療グループ、医師名

_____科 _____グループ
_____医師

2. 受診希望日（3平日以上先でご記入ください）

- 月 日 曜日
 いつでもよい

3. 紹介元医療機関

〒 _____
住 所
医療機関名
医師氏名
電 話 () -
F A X () -

4. 紹介患者情報

フリガナ		性 別	生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成
患者氏名		男 女		年 月 日
住 所	〒 _____			
自宅電話		当院受診歴	有 (ID) 無	
昼間の連絡先	日中に必ず連絡できる番号をご記入ください	受診当日の状況	通院中 入院中*	

5. 患者さんへ

① 予約日時の調整について

- 後ほど、名大病院病診連携室の担当者から電話連絡させていただきます。
- 確定した予約日時は、必ずメモをお願いします。

診療予約日時	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分
--------	--------------------------

② 当日の受診について

- 予約時間の30分前に外来棟1階初診受付へお越しください。
- 窓口で、本申込書と紹介状および保険証・医療証等をご提示ください。
(以前に同じ診療科に受診されたことのある方は別対応となる場合があります。その場合は担当者から電話で説明させていただきます。)

③ 本件に関するお問い合わせは、地域医療センター病診連携室にご連絡願います。

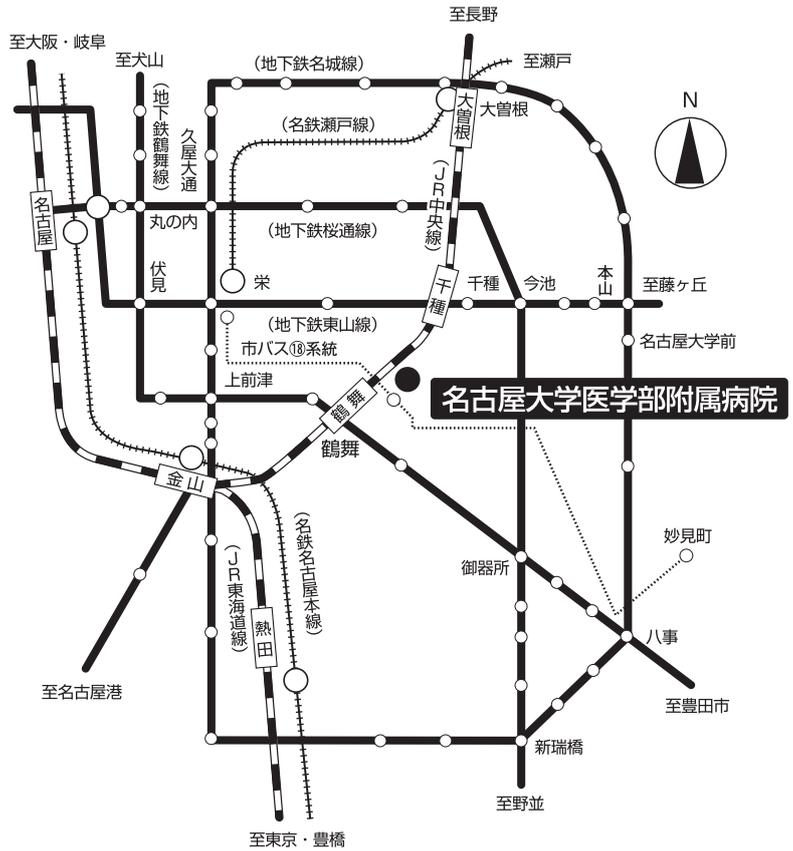
電話 052-744-2839
(平日9時～17時の時間でお願います。)

(裏面に名大病院への交通のご案内と病院案内図があります。)

交通のご案内

- JR中央線 鶴舞駅
名大病院口より徒歩3分
 - 地下鉄鶴舞線 鶴舞駅
(4番出入口)より徒歩8分
 - 市バス
栄から栄18系統「妙見町」行
「名大病院」下車すぐ
- * 駐車場は、外来棟西側に外来患者用として約300台分用意してありますが、手狭ですから、なるべく公共交通機関をご利用ください。

〒466-8560
 名古屋市昭和区鶴舞町65番地
 TEL (052) 741-2111 (代表)



名大病院案内図

