**愛知県医療療育総合センター中央病院初診予約申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹　　介医療機関 | 名 称 |  |
| 医 師 名 |  |
| T E L |  ( ) | FAX |  ( ) |
| 患者さまの情　　　報 | ふ り が な |  | 男　・　女 |
| 患 者　さま氏 　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生　（　　　歳） |
| T E L |  ( ) | FAX |  |  |  ( ) |
| 主 訴ま た は病 名（紹介理由） |  |
| 受　診　の内　　　容 | 受 診 希 望　科 名 | ・小児外科　　　月　　午前・午後水　　午前・午後　　　　　　　　木　　午前（第３）・腫瘍外来　　　木　　午後（第３）・整形外科　　　月　（第２・４・５午後）　　　　　　　　火・水・金　（午前・午後） |
| 受 診 希 望医 師 名 |  |
| 受診希望日 | * １週間以内
* １か月以内
* その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

受診希望曜日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　月 | 　火 | 　水 | 　木 | 　金 |
| 午前 |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |

 |

**愛知県医療療育総合センター中央病院　[初診予約窓口] FAX : 0568-88-0951**