

事前（診察・検査）申込書



国家公務員共済組合連合会 名城病院

FAX : 052-201-5370

■受診希望日

(第1希望)	年	月	日	()
(第2希望)	年	月	日	()
(第3希望)	年	月	日	()

いつでもよい

■患者様情報

フリガナ		性別		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	()	歳
氏名		男・女								
住所	〒				電話番号					
					当院受診歴 IDがわかればご記入ください	有	無	不明	ID:	

■一般外来

- ◆内科 【消化器内科】 【呼吸器内科】 【腎臓内科】 【糖尿・内分泌内科】
- ◆循環器内科 ◆外科 ◆整形外科（一般・側弯症） ◆心臓血管外科 ◆皮膚科 ◆眼科 ◆歯科口腔外科
- ◆脳神経外科 ◆小児科 ◆小児循環器科 ◆泌尿器科 ◆婦人科 ◆神経内科

歯科口腔外科に限り、直接患者様より歯科口腔外科外来へお電話いただき、予約日を調整させていただきます。（月～金:14:00～16:00）

■専門外来

- ◆内分泌外来（金：14：00～15：30） ◆内分泌外科外来（火：午前）
- ◆不整脈外来（月：14：00～16：00） ◆乳腺外来（水：午前/木：14：00～16：00）
- ◆糖尿外来（水：14：00～16：00） ◆喘息・COPD外来（金：14：00～15：30） ◆禁煙外来（木：13：00）
- ◆脳卒中・頭痛外来（火木：13：00～15：00） ◆認定看護師看護相談外来

希望医師	なし	あり	(医師名)
------	----	----	--------

■日帰り検査

A：上部消化管内視鏡検査 8：50来院（月・火・水・木・金）	A：Iを記入ください	I. 抗血栓薬の服用 : あり なし (薬名：) 検査の 日前から休薬予定 *当日お薬手帳をお持ちください
B：大腸内視鏡検査 8：50来院（月・火・水・金）	B：I・IIを記入ください	II. 鎮静剤使用希望 : あり なし 検査回数 : 初回 2回目以降 (他院での検査回数も含めて教えてください)
C：胃瘻カテーテル交換 10：00来院（火・水）	C：I・IIIを記入ください	III. 現在の胃瘻カテーテルの種類 製 Fr 固定水 ml *当院での胃瘻交換はチューブ/バルーンタイプのみです。 ボタン/バンパーは取り扱っておりません。 胃瘻カテーテル交換の方は下記に✓をお願いします <input type="checkbox"/> 現在施設に入所中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 現在病院に入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()

■紹介元医療機関

名称			
所在地	〒		
電話	FAX		
診療科	紹介医		
<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり 傷病名（主訴）： 紹介目的等：			

★消化器内科は診察と日帰り検査の申込が別となります。診察希望の場合は■一般外来の消化器内科に○印を、■日帰り検査のみを希望の場合はABCに○印をお願いいたします。

★名古屋市在住の50歳以上の方で、上部消化管内視鏡検査をワソコイン検診で希望される場合は、事前にお知らせください。

*上記に記入の上、FAXしてください。折り返し「予約票」を送信いたしますので、患者様にお渡しいただくか、受診日時等の連絡をお願いいたします。



国家公務員共済組合連合会 名城病院

TEL : 052-201-5311 医療連携センター