**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　　午後  水　　午前  　　　　　　　　木　（午前・午後）  ・整形外科　　　月　（第２・４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**