

## 診療情報提供書(診察予約申込票)

中部ろうさい病院 地域医療連携室 御中  
FAX: 052-652-5716

申込み日 令和 年 月 日

太枠内を必ずご記入ください

患者ID: — —

フリガナ ( )  
患者氏名 様中部労災病院の受診歴  有 ・  無  
( ID: — — ) T  S  
生年月日  H  R 年 月 日  
( )才 ( 男 ・ 女 )所在地  
医療機関名  
医師氏名

電話番号 ( ) —

TEL・FAX

携帯電話 ( ) —

診察希望の科に  をおつけください。(診療の曜日に制限がある診療科もございます。)

- 神経内科       消化器内科       循環器内科       小児科
- 外科       整形外科※初診不可       形成外科       脳神経外科
- 心臓血管外科       呼吸器外科       呼吸器内科       泌尿器科
- 産婦人科       眼科       耳鼻咽喉科※初診不可       麻酔科
- 糖尿病センター       歯科口腔外科       腎臓内科       リウマチ・膠原病内科
- リハビリテーション科       放射線科(リニアックは主科の同時受診が必要になります)
- 女性総合外来
- その他の診療科 [ ] ※個別のご相談となります。

希望日時 ① 令和 年 月 日 ( ) : 頃

② 令和 年 月 日 ( ) : 頃

③ 令和 年 月 日 ( ) : 頃

診断名

既往歴・症状・治療経過・投薬内容など (  詳細は別紙参照)【お問い合わせ】 平日:8:15~19:30 ☎ 052-652-5950  
中部ろうさい病院 地域医療連携室