

## 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 年 月 日  
生年月日 ☐ H ☐ R  
( )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。)

☐ 脳神経内科 ☐ 消化器内科 ☐ 循環器内科 ☐ 糖尿病センター

☐ 呼吸器内科 ☐ 腎臓内科 ☐ リウマチ・膠原病内科

☐ 外科 ☐ 整形外科※初診不可 ☐ 形成外科 ☐ 脳神経外科

☐ 呼吸器外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 産婦人科※分娩予約不可 ☐ 眼科

☐ 耳鼻咽喉科※初診不可 ☐ 麻酔科 ☐ リハビリテーション科

☐ 女性総合外来 ☐ 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)

☐ 歯科口腔外科

☐ 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 メディカルサポートセンター 地域医療連携室