

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。)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 総合内科 | ☐ 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 |
| ☐ 精神科(10:30~11:00) | ☐ 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 |
| ☐ 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。 ☐ 鎮静下内視鏡検査希望(消化器内科))

【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