

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 行
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

中部ろうさい病院の受診歴 ☐ 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 ☐ 形成外科 ☐ 脳神経外科

整形外科 ☐ 新患外来 (全ての医療機関様にご利用いただけます)

※ 整形外科を標榜する医療機関様専用

☐ 脊椎脊髄センター ☐ 人工関節センター ☐ 大腿骨近位部骨折センター

☐ 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】 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
平日:8:15~19:30 ☎ 052-652-5950