

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 ()

中部ろうさい病院の受診歴 有 無

患者氏名 様

(ID: — — —)

□ T □ S 年 月 日
生年月日 □ H □ R

所在 地

医療機関名

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

希望日時 ② 令和 年 月 日 () : 頃

希望日時 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))