

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

放射線治療科(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