

## 診療情報提供書(気管支喘息診察予約申込票)

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  
生年月日  H  R 年 月 日  
( )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  小児科 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  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 気管支喘息

既往歴・症状・治療経過・投薬内容など (  詳細は別紙参照)平素より大変お世話になっております。  
この度、気管支喘息診療目的にて紹介させていただきます。

- 
- 未診断・治療開始前
- 
- 
- 治療中コントロール不良
- 
- 
- 増悪状態
- 
- 
- 定期検査

ご高診のほどよろしく申し上げます。

【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