

予約 F A X : 0747-25-2860

診療情報提供書(兼)予約申込書

受付時間: 9:00~16:00(土・日・祝日は除く) ※FAXは常時受信しています

	令和	年	月	日
	医療機関・科名			
	〒			
内科	所在地			
担当医	医師氏名			
	電話番号			
	FAX番号			
	(返信送付先)			
	※FAX番号が確認できない場合は予約票の送信ができないことがあります			
	担当者名		部署	

診察希望日 (火曜 / 金曜)	☐ いつでも可能 ☐ ご都合の悪い日 () ※予約可能な最も早い日で予約をお取りします (申込み当日の受診は予約できません)
--------------------	---

フリガナ		性別	生年月日	
氏 名	様	男・女	年	月 日 生 (歳)
住 所	〒			
電話番号	自宅	携帯		

傷病名 (主訴)	
----------	--

○紹介内容	○現在の処方
既往歴・家族歴・症状経過・検査結果・治療結果、薬物アレルギーの有無、 ピロリ菌除菌歴、抗凝固薬/抗血小板薬/糖尿病薬使用状況、腎障害の有無など記載ください 質の高い検査実施のため、依頼にあたり症状/検査目的/背景など詳細な記載をお願いします	