診察予約申込書 兼 診療情報提供書

JA愛知厚生連　稲沢厚生病院長　宛

受診希望日	紹介元 医療機関名
第1希望　　月　　日	所在地 〒　　-
第2希望　　月　　日	医師名
	TEL　　-　　-　　FAX　　-　　-

ご希望の科に☑をつけて下さい。

☐ 内科　☐ 外科　☐ 整形外科　☐ 小児科　☐ 脳神経外科

☐ 眼科　☐ 産婦人科　☐ 泌尿器科　☐ 耳鼻いんこう科　☐ 皮膚科

☐ (　　)

※　精神科は予約診察を受けておりませんのでご了承下さい

受診者名	フリガナ	男・女	ＴＥＬ
			－　　－
	生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日　　歳	
住所	〒　　-		

診察の目的		☐ 別紙紹介状を参照ください
主訴・診断名		

現病歴及び所見（既往歴・家族歴・病状経過・検査結果・治療経過・現在の処方等）

受付部署	地域医療連携課 TEL 0587－97－2759　FAX 0587－97－3833
受付時間	平日 8:30 ～19:00
お申し込み	「診察予約申込書兼診療情報提供書」をＦＡＸでお送り下さい
受診日時のご連絡	お申し込みいただいたご希望日に沿って日時を決定した後 「受診予約票」をＦＡＸでお送りしますので、患者様にお渡し下さい

JA愛知厚生連　稲沢厚生病院　地域医療連携課

令和4年10月版