

診療情報提供書（兼）診療予約申込書

令和 年 月 日

JA三重厚生連三重北医療センター
いなべ総合病院

(紹介元)
医療機関
及び所在地
医師氏名

印

科

医師

TEL番号 — —

FAX番号 — —

ふりがな		性別	T・S・H・R	年 月 日生
患者氏名		男・女	電話	
住所	〒			
診療希望日	第1希望日: 月 日()・第2希望日: 月 日()			
当院受診有無	有(診察券ID番号:)・無			

傷病名

紹介目的

状態経過・治療内容等

処方内容

- 備考
- 1.. 必要がある場合は紹介内容を別紙に記載し添付して下さい。
 - 2.. 予約状況によって、希望日取得ができない場合がございますのでご了承下さい。
 - 3.. 予約受付時間は、午前9時～午後4時30分(月～金)迄です。
 - 4.. 当日紹介受診をご希望の場合は、お電話にてご一報下さい。