

原三信病院受診申し込み（診療情報提供書）

年 月 日

医療法人 原三信病院

所在地

科

医師

医療機関

受診所定日

年

月

日

TEL

FAX

医師氏名

先生

外来受診

入院

★ 下記検査は事前に予約が必要です（電話番号：092-291-3118 医療連携室）

単純 CT 時間（ : ~）

造影CT 時間（ : ~）

内視鏡 部位（ 胃・ 大腸）時間（ : ~）

MRI 時間（ : ~）

患者さん情報

フリガナ		生年月日	大正・ 昭和・ 平成・ 令和
患者氏名			年 月 日
住 所	〒	性 別	男・ 女
		職 業	
TEL			

傷病名

①紹介目的 ②既往歴、家族歴 ③症状、経過 ④検査結果 ⑤治療経過 ⑥処方 など記載をお願いします

FAX番号：0120-863-119（直通）

【外来受付時間】 ★ 受付時間は診療科によって異なりますので、ご来院の前にお問い合わせください

受付時間：月～金（平日） 午前 8：00 ～ 午後 4：00

【お問い合わせ先】 医療連携室 092-291-3118（直通）

電話受付時間：月～金（平日） 午前 9：00 ～ 午後 5：00