

診察依頼(兼 診療情報提供書)

令和 年 月 日

一宮市立市民病院

医療機関名

診療科及び
医師名

科

医療機関住所

先生

電話番号

FAX番号

★予約希望日

第1希望	月 日 ()	第2希望	月 日 ()
第3希望	月 日 ()	希望日なし	

★患者情報

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		大・昭 平・令 年 月 日	男 ・ 女
住所			
電話番号		携帯番号	※おわかりであれば ご記入ください

★依頼内容

経過及び依頼目的 別紙診療情報提供書参照

いちみんネットの患者登録を希望しますか？

※希望される場合は、患者さんの同意を得てカルテ等に記載をお願いします。

希望する (この依頼書で登録を行います)

希望しない

すでに登録済

一宮市立市民病院 地域医療連携室 平日 8:30~19:00、土曜 8:30~12:30

TEL (0586) 71-1933 FAX (0586) 28-7058、71-1922