

# 診療予約申込書

伊賀市立上野総合市民病院 地域医療連携室宛

TEL0595-24-1111(代) TEL0595-41-0061(地域医療連携室 直通)

**FAX 0595-41-0068 (直通)**

予約受付時間 平日 9:00 ~ 17:00

申込日 平成 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

TEL

FAX

## ○診療申込

受診 希望科			
希望医師	( ) ・ 指定無し		
希望日	第1希望	第2希望	希望なし
	月 日( ) 時頃	月 日( ) 時頃	

## 患者基本情報

フリガナ		当院受診歴	1. 有 2. 無 3. 不明
患者様 氏名	男・女	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平 ( 歳)
住所	(電話番号 - - )		

**\* 患者様の診療情報提供書を申込時に添付してください。**

※放射線科のご予約は、直接放射線科へお願いします。(直通TEL:23-0330)

(CT・MRI・エコー・大腸CT・PET-CT)