

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 令和 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 昭・平・令	年	月 日 (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。**

※CT・MRIのご予約は、直接CT室へお願いします。 直通TEL:0595-26-0330

※エコー・骨密度のご予約は、代表TELより内線235へお願いします。