

患者紹介（診療申込）書

独立行政法人国立病院機構
 広島西医療センター
 地域医療連携担当者 行
 FAX 0827-57-7701
 TEL 0827-57-7183（内線 2140）

紹介医療機関
 住所
 名称
 医師氏名
 TEL
 FAX

先生

※希望日

① 年 月 日（曜日）

② 年 月 日（曜日） ※希望医師名 先生

③ いつでもよい

当院外来診療担当医表をご参照下さい。担当医を当院にお任せ頂ける場合は未記入で可
 但し、医師の都合上変更される場合があることをご了承下さい。

}

※既に診療科/Drに直接予約済である場合は、上記□にチェックをいれ、余白に予約した時間をご記入下さい。

フリガナ		旧姓	男 ・ 女	生 年 月 日
患者氏名				大・昭・平・令 年 月 日生
現住所	〒		電話番号	— —
連絡先	〒		電話番号	— —
当院受診歴	有 ・ 無		開放病床希望	有 ・ 無
診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 内分泌・代謝内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 肝臓内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 心工コ一検査			
傷病名 症状 紹介目的				

保険情報 主保険

公費

保険者番号					負担者番号					
記号・番号					受給番号					
区分	本人 ・ 家族				資格取得	年 月 日				
被保険者名					有効期限	年 月 日				
資格取得	年 月 日				負担者番号					
有効期限	年 月 日				受給番号					
ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います ☆診療準備のため、診療情報提供書を一緒にFAX願います。 その場合は、上記「傷病名・症状」は記載不要です。						資格取得	年 月 日			
						有効期限	年 月 日			