

患者紹介予約申込書

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

※希望日

- ① 年 月 日 (曜日)
 ② 年 月 日 (曜日)
 ③ いつでもよい

※希望医師名 _____ 医師

当院外来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ください。

※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"/> 心工コ一検査 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <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			
紹介目的				

☆上記※がついている科につきましては、お時間がかかります。ご了承ください。

☆本紙と診療情報提供書を一緒にFAXをお願いします。

保険情報
 主保険

公費

保険者番号		負担者番号	
記号・番号	枝番	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		資格取得	年 月 日
		有効期限	年 月 日