



FAX送信方向

予約FAX:082-257-5489
 TEL:082-257-5064(直通)
 広島大学病院 地域連携

※当院使用欄 記入しないでください
 診察券作成 / () 予約登録 / ()
 紹介情報登録 / () FAX返却 / ()
 情報送付日 / ()

紹介・予約申込書 (FAX送付票)

☆入院依頼の場合は、直接診療科医師へご連絡をお願いいたします。 申込日 年 月 日

紹介 元 情報	所在地	_____	所属科	_____
	医療機関名	_____	TEL	_____
	担当医師	_____	FAX	_____
診療 依頼 内容	診療科	希望診療科 _____ 科 ※必ずご記入ください。		
	担当医師	<input type="checkbox"/> 希望医師 _____ 医師 <input type="checkbox"/> なし 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	診察希望日	<input type="checkbox"/> 翌日を含む最短日を希望 <input type="checkbox"/> _____ 日以降の受診を希望 第1: _____ 月 _____ 日 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 () 第2: _____ 月 _____ 日 () <small>※希望日は翌々日以降(休日の前日は、休日明けの翌日)をご記入ください。</small>		
	傷病名	_____	CD-Rデータ/検体等 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 <small>※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。</small>	
	紹介目的	_____		

※旧姓の確認が取れない場合、二重登録の危険があるため予約をお取りできません。予め患者さんへご確認の上、申込みをお願いします。

フリガナ	_____	性別	_____	※旧姓	_____	被保険者	_____	被保険者氏名	_____	続柄	_____	
患者氏名	_____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	_____	_____	_____	_____		
生年月日	明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)											
住所 電話番号	〒 _____ - _____ - _____ ←郵便番号は必ずご記入ください											
	電話 (_____ - _____) 携帯 (_____ - _____) <small>※電話番号・特に携帯番号は今一度患者さんにご確認のうえご記入ください。</small>											
保険 情報	保険者番号	_____	公費負担者番号		_____	_____		_____		_____		
	記号	_____	公費負担医療の 受給者番号		_____	_____		_____		_____		
	番号	_____	枝番	_____	公費負担者番号		_____	_____		_____		
	有効期限	_____ 年 _____ 月 _____ 日		公費負担医療の 受給者番号		_____	_____		_____		_____	
	労働災害 交通事故	<input type="checkbox"/> あり(工作中・通勤途中・その他) <input type="checkbox"/> なし										
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり			診察券番号		_____		_____		_____		

★一旦確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず貴院を通じてご連絡ください。
 また、度重なる予約変更はお避けくださいますようご協力をお願いいたします。

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。

コピーしてご利用下さい