



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 (F A X 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	T E L
	担当医師	F A X
診療依頼内容	診療科	希望診療科 <u>てんかんセンター</u> 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 ()
	ご希望の項目に ☑してください	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 (_____) 第2: _____ 月 _____ 日 () ※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。
	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 ※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。
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 (_____ - _____)				
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		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