



FAX送信方向

予約FAX:082-257-5489

TEL:082-257-5064 (地域連携)

TEL:082-257-1719 (てんかんセンター)

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 ) てんかんオンライン診療用

☆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
	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
	オンライン診療希望日	オンライン診療希望日 第1希望: 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> ____日以降を希望 第2希望: 年 月 日 ( )
	ご希望の項目に ☑してください	<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ( ) ※ 連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者さんに説明し同意を得てください。
	傷病名	CD-Rデータ等 ・脳波 (あり・なし) ・画像 (あり・なし)
紹介目的	※ てんかん遠隔連携診療 ※ 診療情報提供書、CD-Rデータは必ず事前に当院へご郵送ください	

※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	<b>ご記入不要です。</b>				
	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