



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)

広島県予防接種
相談支援センター用

☆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	_____	TEL	_____
	担当医師	_____	FAX	_____
診療依頼内容	診療科	<input type="checkbox"/> 小児科 (小児) <input type="checkbox"/> 感染症科 (成人)		
	診療日	診察希望日 第1希望	_____年 _____月 _____日 ()	
		第2希望	_____年 _____月 _____日 ()	
	<p style="color: red; font-size: small;"> ※ 予防接種実施日は火曜日(祝日及び年末年始の休日を除く)です。 ※ 診察希望日の2週間前までに予約をしてください。 ※ ワクチンの在庫状況等により、希望にお応えできない場合があります。 ※ 診察の結果、診察希望日に予防接種ができないことがあります。 ※ これらの事情により、予防接種実施日が予防接種法に定める定期の予防接種の期間を超えた場合は、接種費用が患者さんの自己負担となるため、ご注意ください。 </p>			
定期予防接種	【ワクチン名: _____】 【接種回数(小児): 第_____期 _____回且】			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 貴医療機関での接種が困難な理由を記入		<input type="checkbox"/> 患者入院中	

※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。 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	_____	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 (仕事・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