



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 ()	
	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	※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 (_____ - _____) 携帯 (_____ - _____) ※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。					
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	_____		
	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