



FAX送信方向

予約FAX:082-257-5489

TEL:082-257-5064 (地域連携)

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) てんかん遠隔連携診療用

☆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 | _____ | TEL | _____ |
| | 担当医師 | _____ | FAX | _____ |
| 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 | □希望医師 _____ 医師 □なし 医師の了解 □済 □未 | | |
| | オンライン診療希望日 | 第1希望: | 月 日 () | |
| | | 第2希望: | 月 日 () | |
| | | 第3希望: | 月 日 () | |
| 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 | _____ | □男 □女 | _____ | □本人 □家族 | ご記入不要です。 | |
| 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 | ご記入不要です。 | | | | |
| | 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 | □あり (工作中・通勤途中・その他) □なし | | | | |
| 本院受診歴 | □なし □不明 □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。