

予約 FAX:082-257-5489
 TEL:082-257-5064(直通)
 広島大学病院 地域連携室

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 平成 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	診療科	■希望診療科 小児科			
	診療日	診察希望日 第1希望 年 月 日() 第2希望 年 月 日() ※ 予防接種実施日は 火曜日 (祝祭日及び年末年始を除く)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。			
内容	傷病名	定期予防接種(小児) 【ワクチン名: _____】 【接種回数: 第 _____ 期 _____ 回目】		<input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 (本人は来院しない) ※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	※貴医療機関での接種が困難な理由を記入			

※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 年 月 日生 (歳)					
住所 電話番号	〒 _____ - _____					
	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	平成 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	_____	_____	_____

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。

コピーしてご利用ください