

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

※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)

☆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	_____		TEL	_____
	担当医師	_____		FAX	_____
診療依頼内容	診療科	<input type="checkbox"/> 希望診療科 _____ 科 <input type="checkbox"/> なし			
	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			
	診察日	診察希望日 第1希望 年 月 日 ( ) 第2希望 年 月 日 ( ) <small>※翌々日以降(休日の前日は、休日明けの翌日)をご記入ください。</small>			
	傷病名	_____		CD-Rデータ/検体等 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 <small>※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。</small>	
	紹介目的	_____			

※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	〒 _____ - _____ ←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	_____				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。

コピーしてご利用下さい