

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	_____		

★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ご協力をお願いいたします。

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