

診療予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中 平成 年 月 日

《紹介医療機関の所在地》

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

TEL 0823-22-3816 [直通]

FAX 0823-32-3070 [直通]

名称

医師氏名

TEL - -

FAX - -

患者情報	フリガナ			
	氏名	様		
	国立病院呉医療センター 診察券番号	-		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女	
	郵便番号	〒 -		
	現住所			
電話				

★当院診察券をお持ちの方
★当院への受診歴のある方
につきましては
◎「氏名」
◎「生年月日」
◎「診察券番号」
(診察券は受診当日持参下さい)
のみの記入で結構です

希望診療科	一般内科	腎臓内科	内分泌/代謝内科	糖尿病/腫瘍内科	血液内科	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	小児科	外科	内分泌/乳腺科	整形外科	形成外科	緩和ケア
	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	歯科/口腔外科	ペインクリニック/麻酔科	病理外来	放射線科	放射線診断科	
希望医師名	[] 医師 ・ 指定なし															

診療情報提供内容 *は必ずご記入下さい

紹介目的、検査結果等は診療情報提供書に記載いただき、FAXをお願いいたします

*傷病名・症状	*どちらかに○をつけて下さい 診察 セカンドオピニオン
*保険証発行機関 (該当発行機関を左枠に○で明示してください)	
国保	
社保	
共済	

希望日時 ① 月 日 AM・PM (時)
② 月 日 AM・PM (時)
③ 月 日 AM・PM (時)

決定日時 月 日 AM・PM (時)

★ 救急患者様のご紹介は、救命救急センター医師が症状等を直接お伺いさせて戴きますので、『救急外来受付』までお電話連絡頂きます様お願い申し上げます。

救急外来受付 時間内 (0823) 22-3111 夜間・休日 (0823) 23-1020