

# 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							旧姓
		様						
	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								

希望診療科	一般内科	腎臓内科	糖尿病内 分泌病内 科	血液内科	脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	視覚前診察 胃・大腸内 科	消化器内科	循環器内科	精神科	小児科	外科	乳腺外科	整形外科	人工関節 センター	形成外科
	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	産科	遺伝外来	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	緩和ケア	歯科 口腔外科	ペインクリ ニック 麻酔科	病理外来	放射線治療科	リウマチ・ 膠原病内科
希望 医師名	[ ] 医師 ・ 指定なし																

診療情報提供書・検査データは予約診察日の2日前までに地域医療連携室までFAXをお願いいたします。

*傷病名・症状 (紹介目的)	*どちらかに○をつけて下さい
	診察
	セカンドオピニオン
	遺伝外来 [産婦人科]

希望日時 ① 月 日 AM・PM ( 時)  
② 月 日 AM・PM ( 時)  
③ 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又は当該診療科医師が症状等を直接お伺いさせていただきますので『救急外来受付』までご連絡頂きますよう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