

診療・検査予約申込書

済生会広島病院 地域医療連携室宛

平成 年 月 日

TEL (082) 8 2 0 - 1 7 4 7

FAX (082) 8 2 0 - 1 7 5 7

【紹介医療機関の所在地】

名称

医師名

TEL () -

FAX () -

患者情報	フリガナ											
	患者氏名											
	当院受診歴	ない ・ ある (ID:)					性別	男 ・ 女				
	生年月日	明・大・昭・平		年	月	日	(歳)					
	住所	〒 - TEL () -										
	保険証	保険者番号										
記号 ・ 番号												
市町村番号												負担割合 [老人] 1 ・ 2 割
受給者番号												
公費番号												
受給者番号												

※ 保険証のコピーを併せてFAXいただく場合は、保険証の記号・番号の記入は不要です。

【診療・内視鏡検査予約】

希望診療科	内科 ・ 神経内科 ・ 小児科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科 泌尿器科 ・ 心療内科 ・ 眼科 ・ 放射線科	診療・検査希望日
希望医師	() 医師 ・ 指定なし	① 月 日 ② 月 日
主病名 主症状等		★ 月 日 予約済
紹介目的	精査・診断 治療 経過観察 手術 その他 ()	
希望検査名		検査目的
入院希望	あり (★ 月 日 予約済 ・ 未) ・ なし	

★ 当院の担当診療科もしくは担当医に直接連絡された場合は、「予約済」の項にご記入下さい。

【放射線検査予約】

希望検査名	検査予約日時	希望医師	特記事項
	月 日 時 分 予約済	あり ・ なし () 医師	

※ 待ち時間短縮のため、患者様が来院されるまでにカルテを作成したいと思いますので、お手数ですが上記に必要事項をご記入のうえご送信くださいますようお願い致します。

受診当日は必ず診療情報提供書と保険証をお持ちいただき初診受付へお越し下さるよう、患者様にお申し添え下さい。

★★ ご紹介ありがとうございました ★★