

(別紙 1の2)

※当院記入欄	受診科	ID	最終受診歴 年 月 日	連携室担当者
--------	-----	----	----------------	--------

◎以下にご記入のうえ、FAXをしてくださるようお願いいたします。

**FAX番号 0823-22-2116**

# 診療予約申込票

令和 年 月 日

## <紹介先>

国家公務員共済組合連合会

呉共済病院 地域医療連携室

FAX 0823-22-2116

TEL 0823-27-5530

## <紹介元>

医療機関名

医師名

TEL

FAX

患者様の情報	フリガナ			男 ・ 女	
	氏名				様
	生年月日	T S H R	年 月 日	歳	
	郵便番号	-			
	現住所				
		電話			
	保険者番号		本人 ・ 家族	公費負担者番号	
記号・番号		枝番	公費受給者番号		

希望診療科 (右へ○印)	腎臓内科	脳神経内科	代謝内科	呼吸器内科	呼吸器外科	消化器内科	循環器内科	総合診療科	腫瘍内科	心臓血管外科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	形成外科	泌尿器科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	ペインクリニック	歯科口腔外科	シヤント外来
	希望医師名	医師										指定なし											
希望診療日	第一希望	月 日	午前 午後	時	※都合の悪い日																		
	第二希望	月 日	午前 午後	時																			
	第三希望	月 日	午前 午後	時																			
※紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 定期フォロー	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	<input type="checkbox"/> 入院	内容:																		
※傷病名、症状																							
※紹介状(診療情報提供書)検査データの添付をお願いします。																							
※患者さんは	<input type="checkbox"/> お返事待ちで在院中	<input type="checkbox"/> 帰宅されています	<input type="checkbox"/> 入院中です																				
移動方法	独歩	杖歩行	車イス	ストレッチャー	救急車	同伴者	有 ・ 無																
認知症	有 ・ 無	その他																					