（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	ＴＳＨＲ　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（右へ〇印）	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	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	シャント外来	

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	□診察　□定期フォロー　□セカンドオピニオン　□入院 □検査　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	□お返事待ちで在院中	□帰宅されています	□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			