

紹介患者診療予約申込書

令和 年 月 日

JA広島総合病院
紹介患者専用カウンター 行

FAX 0829-36-1155

紹介医療機関名
住所
医師名
電話番号
FAX

患者ID	
フリガナ	生年月日
患者氏名	男・女 明・大・昭・平・令 年 月 日
現住所	〒
患者連絡先	自宅 日中帯に連絡できる 携帯電話・職場・家族等
希望診療科に ○をして下さい	呼吸器内科 総合診療科 脳神経外科 眼科 循環器内科 小児科 呼吸器外科 耳鼻咽喉科 腎臓内科 外科 心臓血管外科 放射線治療科 糖尿病代謝内科 乳腺外科 皮膚科 麻酔科 消化器内科 整形外科 泌尿器科 画像診断部 ※ 脳神経内科 形成外科 産婦人科 口腔外科 リウマチ・膠原病科
診察希望日	★ 至急の受診・当日の受診をご希望の際は、診療科医師へ直接ご連絡をお願いします。 ☐ 翌々日を含む最短日を希望 ☐ 希望日あり ① 月 日 ☐ いつでも可 ② 月 日 ③ 月 日 <その他希望事項> 診察希望医師 ・ なし
主 保 険	
保険者番号	記号・番号・枝番
区分	本人・家族 被保険者名 負担割合 3割・2割・1割
資格取得	年 月 日 有効期限 年 月 日
公 費①	
負担者番号	受給番号
資格取得	年 月 日 有効期限 年 月 日
公 費②	
負担者番号	受給番号
資格取得	年 月 日 有効期限 年 月 日

備考欄

※画像診断部のご予約につきましては、事前に紹介元医療機関より画像診断部へお電話にて予約をお取り下さい。

受診日時については、当院から患者様に直接お電話のうえ決定します。

当院記入欄

受診日時	月 日 () :
------	-----------

令和7年9月1日 改正