

# 糖尿病連携パス診療予約申込書

年 月 日

JA広島総合病院  
 地域医療連携室 御中  
FAX 0829-36-1155

紹介医療機関名  
 住所  
 医師名  
 電話番号  
 FAX

|                                  |  |   |        |           |   |     |
|----------------------------------|--|---|--------|-----------|---|-----|
| フリガナ                             |  |   | 男・女    | 生年月日      |   |     |
| 患者氏名                             |  |   |        | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 日 |
| 現住所                              |  |   |        |           |   |     |
| 患者連絡先<br>(平日昼間に<br>連絡が取れる<br>番号) | ① ( )  | — |        |           |   |     |
|                                  | ② ( )  | — |        |           |   |     |
|                                  | ③ ( )  | — |        |           |   |     |
| 当院受診歴                            | 有 ・ 無  |   | 開放病棟希望 | 有 ・ 無     |   |     |
| 受診希望曜日                           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 月 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ) 曜日 |   |        |           |   |     |

| 主 保 険  |              |       |       |
|--------|--------------|-------|-------|
| 保険者番号  | .....        | 記号・番号 |       |
| 区分     | 本人 ・ 家族      | 被保険者名 |       |
| 資格取得   | 年 月 日        | 有効期限  | 年 月 日 |
| 公 費    |              |       |       |
| 負担者番号  | .....        | 受給番号  |       |
| 資格取得   | 年 月 日        | 有効期限  | 年 月 日 |
| 負担者番号  | .....        | 受給番号  |       |
| 資格取得   | 年 月 日        | 有効期限  | 年 月 日 |
| 患者負担割合 | 3割 ・ 2割 ・ 1割 |       |       |
| 備考     |              |       |       |

※来院の際は必ず保険証を持参していただくよう患者さんのご指導よろしく申し上げます。

**【JA広島総合病院記載欄】**

|          |       |       |  |      |     |
|----------|-------|-------|--|------|-----|
| 受付日      | 年 月 日 | 患者 ID | - -  |      |     |
| 受診<br>予約 | 年 月 日 | 受付時間  | <input type="checkbox"/> 8:30<br><input type="checkbox"/> 9:00 | 予約連絡 |     |
| 連絡暦      |       |       | 検 索  | 作 成  | 再確認 |
|          |       |       |  |      |     |