

紹介患者診療予約申込書

令和 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

○診察希望医師名 _____ 先生

○受診予定日 _____ 令和 年 月 日 (曜日)

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	自宅() _____	日中帯に連絡できる 携帯電話・職場・家族等		_____	_____
当院受診歴	有 ・ 無		開放病床希望	有 ・ 無	
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	
	神経内科 ※	形成外科	産婦人科	口腔外科 ※	
主 保 険					
保険者番号	記号・番号			
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		

※メッセージ欄

- ・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。
- ・上記診療科名欄に※印のある科につきましては、当院より患者さんへ直接日時調整の連絡を致します。
- ・その他の科につきましては、記載された受診予定日に予約をお取りできた場合は当院からの連絡は省かせていただきます。ただし、記載された受診予定日に予約をお取りできない場合、記載が無い場合には患者さんへ直接日時調整の連絡を致します。