

# 診療予約申込書

**【紹介先】**

社会福祉法人 恩賜財団 広島県済生会

済生会呉病院

tel 0823-21-1601 (代表)  
 tel 0823-25-4120 +780 (地域医療連携室直通)  
 fax 0823-20-0580 (地域医療連携室直通)  
 予約受付時間 平日 午前8時30分～午後5時00分

平成 年 月 日

**【ご紹介元の医療機関】**

所在地  
 名称  
 医師名

tel - -  
 fax - -

患者様の情報	フリガナ		性別	生	年	月	日	
	氏名		男・女	明・大・昭・平	年	月	日( 歳)	
	現住所	〒 - 電話( - - )						
	保険者番号							
	記号・番号				受給者番号			

診療科 (右へ ○印)		内科	検査等 (右へ ○印)		MRI ( 造影・単純 部位: )	
		心療内科			CT ( 造影・単純 部位: )	
		外科			大腸内視鏡検査	
		整形外科			胃内視鏡検査 ( 経口・経鼻 )	
		眼科			その他の検査( )	
		耳鼻咽喉科			栄養指導	
		泌尿器科		上記の検査結果について、郵送より先に FAXによるお知らせを希望されますか ( はい・いいえ )		
		皮膚科				

紹介目的 病状等	
入院のご希望	無 ・ 有 ( 多床室 ・ 個室 )
希望医師名	( ) 医師 希望無し
診療・検査 希望日	第1希望 月 日( ) 午前・午後 時 分
	第2希望 月 日( ) 午前・午後 時 分
移動	独歩 ・ 介助歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
認知症	無 ・ 有 ( 病状等 )
ご来院方法	同伴者あり ・ 救急車