

診療予約申込書

【紹介先】

平成 年 月 日

社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部 広島県済生会

【ご紹介元の医療機関】

済生会呉病院

所在地

名称

医師名

tel 0823-21-1601 (代表)

tel 0823-21-1616 (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

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												公費番号								
	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		
		皮膚科		FAXによるお知らせを希望されますか (はい・いいえ)		

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
-------	-------------