

# 診療予約申込書

【紹介先】

令和 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	大・昭・平・令 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												