

診療予約申込書

年 月 日

【紹介先】

社会福祉法人 ^{恩賜} 財団 済生会支部 広島県済生会

済生会呉病院

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

【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	大・昭・平・令 年 月 日(歳) 西暦
	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

皮膚科と泌尿器科の、ご紹介による診療は受け付けておりません。

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)

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	介護タクシー・施設の車・救急車・その他 同伴者 (あり・なし)

様式改訂 : 令和4年5月1日