

(別紙 1の2)

紹介先記入欄	ID	受付確認
受診科	最終受診歴 年 月 日	連携室担当者

以下にご記入のうえ、FAXをしてくださるようお願いいたします。

FAX番号 0823(22)2116

診療予約申し込み票

年 月 日

< 紹介先 >

国家公務員共済組合連合会

呉共済病院 地域医療連携室

FAX 0823(22)2116

TEL 0823(22)2111

< 紹介元 >

名称
医師名
TEL
FAX

患者様の情報	フリガナ											(男・女)								
	氏名											様								
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日															
	現住所											電話()								
	保険者番号												公費負担者番号							
記号・番号											公費受給者番号									

希望診療科 (右へ 印)	内科	呼吸器科	胸部外科	消化器科	循環器科	心臓血管外科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	ペイン	歯科口腔外科
	() 医師 指定なし																	
希望医師名	() 医師 指定なし																	
	希望診療日	第一希望	月	日 ()	午前・午後	時頃												
	第二希望	月	日 ()	午前・午後	時頃													

* 紹介目的は

() 診察 () 治療 () 定期フォロー () 検査(内容:) () 入院

* 傷病名は

* 症状、検査データ等は

* 患者様は () お返事待ちで在院中です。 () 帰宅されています。 () 入院中です。

その他	移動	独歩	杖歩行	車イス	ストレッチャー	救急車	その他()
	認知症	(有・無)	徘徊(有・無)	独語(有・無)	その他()		