

(別紙 1の2)

※当院記入欄	受診科	ID	最終受診歴	連携室担当者
			年 月 日	

◎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>

医療機関名
医師名
TEL
FAX

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

希望診療科 (右へ○印)	腎臓内科	脳神経内科	代謝内科	呼吸器内科	呼吸器外科	消化器内科	循環器内科	総合診療科	心臓血管外科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	形成外科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	ペインクリニック	歯科口腔外科	シヤント外来
)医師 指定なし											
希望診療日	第一希望	月	日	()	午前・午後	時																
	第二希望	月	日	()	午前・午後	時																
◆紹介目的 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 定期フォロー <input type="checkbox"/> 検査[内容:] <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン外来 <input type="checkbox"/> 入院 ◆傷病名、症状、検査データ等 (特に、腎臓内科、糖尿病については、検査データをお願いします。)																						
◆患者さまは <input type="checkbox"/> お返事待ちで在院中です。 <input type="checkbox"/> 帰宅されています。 <input type="checkbox"/> 入院中です。																						
移動方法	独歩 杖歩行 車イス ストレッチャー 救急車 同伴者(有・無)																					
認知症	(有・無) その他()																					