

(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

診療予約申込票

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 (27) 5530

<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	腫瘍内科	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	シャント外来
	() 医師												指定なし										
希望診療日	第一希望	月	日	()	午前・午後	時	※都合の悪い日																
	第二希望	月	日	()	午前・午後	時																	
	第三希望	月	日	()	午前・午後	時																	

※紹介目的
 診察 定期フォロー 検査[内容: _____]
 セカンドオピニオン外来 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。)

※患者さんは () お返事待ちで在院中です () 帰宅されています () 入院中です

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 ()				