

# 診療予約申込書 (東広島医療センター地域医療連携室)

独立行政法人国立病院機構

東広島医療センター地域医療連携室 御中

申込日 年 月 日

**【送り先 F A X】 082-493-6488**

〒739-0041  
東広島市西条町寺家513  
TEL082-493-6487

紹介医療機関の住所、名称、医師名、TEL、FAX

患者情報	フリガナ			性別	旧姓	
	氏名			男・女		
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(備考)
	現住所	〒				
	電話	—	—	携帯電話	—	—
	受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	診察券番号	

希望診療科	総合診療科	糖尿病内科	内分泌科	脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	腎臓内科	血液内科	小児科	消化器外科	乳腺・内分泌外科	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	心血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	耳鼻咽喉科	放射線科	精神科

[ ] 医師 ・ 指定なし

病名・紹介目的	
---------	--

- ・ 検査等の予約を事前にとらせていただく場合がございますので、**紹介状のFAXをお願いいたします**
- ・ 精神科受診の場合は、事前に紹介状を確認させて頂いてからの予約となります。

診察希望日	第1希望： 年 月 日 ( ) 第2希望： 年 月 日 ( ) 都合の悪い日 ( ) (時間は、予約状況のみでお取りいたします)
-------	---------------------------------------------------------------------------

- ・ この用紙に必要事項をご記入の上、**希望日時の前日の午前中までに**、FAXにて地域連携室までお送りくださいますようお願いいたします (FAX082-493-6488) 診療予約券をFAXいたします。
- ・ 患者様には、診療当日「診療予約券」「マイナンバーカード (マイナ保険証) または健康保険証」「紹介状」(お持ちの場合は「当院診察券」)をご持参の上、紹介受付⑥番窓口においで下さいますようご案内下さい。

\* 当院記載欄

決定日時 年 月 日 ( ) 曜日 午前 時より
--------------------------