**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ＦＡＸ】 082-493-6488**

紹介医療機関の住所、名称、医師名、TEL、FAX

〒739-0041

東広島市西条町寺家513

TEL082-493-6487

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | □無　　□有　　□不明 | | | | | | | 診察券番号 | | |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 希望診療科 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 総合診療科 | 内分泌・ 糖尿病内科 | 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 | 心臓血管外科 | 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取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  診察希望診察希望ぼき | 第1希望：　　　　年　　　月　　　日（　　　）  第2希望：　　　　年　　　月　　　日（　　　）  都合の悪い日（　　　　　　　　　）  （時間は、予約状況をみてお取りいたします） |
| ・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** | |
| FAX送信　令和　　年　　月　　日　　時　　分[担当者名　　　　　]カルテ準備　令和　　年　　月　　日[担当者名　　　　　] | |