

診療予約申込書

(ご記入日： 年 月 日)

医療法人 JR 広島病院	紹介元医療機関
FAX : 082-262-1253 TEL : 082-262-1581	所在地： 名称： 医師名：
診療予約申込時間／平日（土日祝日除く） 8：40～17：00 <small>※上記時間外にお申込の場合は、ご連絡が翌日以降となります。</small>	TEL： FAX：

患者情報	当院受診歴	有 ・ 無	受診歴のある方は 診察券番号をご記入ください	当院診察券番号：	
	フリガナ	(男・女)		生 年 月 日	
	氏 名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	
	現住所	〒 -			
	電話番号	※9：00～17：00までの間にご連絡のとれる番号をご記入ください。 ① 自宅・職場・携帯等 () - ② 自宅・職場・携帯等 () -			
	連絡方法	() 上記患者・家族へ	保険者番号		
		() 紹介元医療機関へ	記号・番号		
	受診希望日	第1希望 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
第2希望 月 日 ()		公費負担者番号			
		公費受給者番号			
		公費負担者番号			
公費受給者番号					

希望診療科に ○をしてください	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 25%;">・消化器内科 <li style="width: 25%;">・循環器内科 <li style="width: 25%;">・呼吸器内科 <li style="width: 25%;">・外科（甲状腺外来・温熱療法） <li style="width: 25%;">・透析外科（慢性腎臓病） <li style="width: 25%;">・整形外科 <li style="width: 25%;">・泌尿器科 <li style="width: 25%;">・眼科 <li style="width: 25%;">・耳鼻咽喉科 <li style="width: 25%;">・産婦人科 <li style="width: 25%;">・リハビリ科 <li style="width: 25%;">・皮膚科 <li style="width: 25%;">・小児科 <li style="width: 25%;">・脳神経内科 <li style="width: 25%;">・緩和ケア科 <li style="width: 25%;">・リウマチ/膠原病内科 				
当院医師名	() 医師 ・ 指定なし	担当医連絡	済 ・ 未	当日入院希望	有 ・ 無
備考					
持参物	CD-R ・ X-P ・ その他()				
来院方法	独歩 ・ 杖歩行 ・ 車いす ・ ストレッチャー ・ 救急車 ・ その他()				

●紹介患者さまが来院されるまでにカルテの作成を済ませますので、お手数ですが上記に必要な事項をご記入のうえ、診療情報提供書とあわせてご送信ください。※こちらの用紙はコピーしてご利用ください。
(2019年10月改訂)