

# 診療予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中

平成 年 月 日

《紹介医療機関の所在地》

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

TEL 0823-22-3816 [直通]

FAX 0823-22-3175 [直通]

名称

医師氏名

TEL - -

FAX - -

患者情報	フリガナ					
	氏名	様				
	国立病院呉医療センター 診察券番号					-
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	男・女
	郵便番号	〒	-			
	現住所					
電話						

★当院診察券をお持ちの方  
★当院への受診歴のある方  
につきましては

◎「氏名」

◎「生年月日」

◎「診察券番号」

(診察券は受診当日持参下さい)

のみの記入で結構です

希望診療科	一般内科	腎臓内科	内分泌/代謝内科	糖尿病/腫瘍内科	血液	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	小児科	外科	内分/泌外科	乳腺	整形外科	形成外科
	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	歯科/口腔外科	ニック	（ペインクリ） 麻酔科	病理外来	
希望医師	[ ] 医師 ・ 指定なし															

診療情報提供内容 \*は必ずご記入下さい

*紹介目的	*どちらかに○をつけて下さい 診療 セカンドオピニオン
<b>必ずご記入ください</b>	

*傷病名・診断名
----------

既往歴及び家族歴・検査結果及び治療結果・現在の処方など

希望日時

① 月 日 AM・PM ( 時)

② 月 日 AM・PM ( 時)

③ 月 日 AM・PM ( 時)

---

決定日時

月 日 AM・PM ( 時)

★★★救急患者様のご紹介は、救命救急センター医師が症状等を直接お問い合わせ戴きますので『救急外来受付』までお電話連絡頂きますようお願い申し上げます。救急外来受付 時間内 (0823) 22-3111 夜間・休日 (0823) 23-1020

# 診療予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中

平成 年 月 日

《紹介医療機関の所在地》

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

TEL 0823-22-3816 [直通]

FAX 0823-22-3175 [直通]

名称

医師氏名

TEL - -

FAX - -

患者情報	フリガナ	-----				
	氏名	様				
	国立病院呉医療センター 診察券番号	-	-	-	-	-
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	男・女
	郵便番号	〒	-			
	現住所					
電話						

★当院診察券をお持ちの方  
★当院への受診歴のある方  
につきましては  
◎「氏名」  
◎「生年月日」  
◎「診察券番号」  
(診察券は受診当日持参下さい)  
のみの記入で結構です

希望診療科	一般内科	腎臓内科	内分泌/代謝内科	糖尿病/腫瘍内科/血液	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	精神科	小児科	外科	内分泌/乳腺外科	整形外科	形成外科
	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科	皮膚科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	歯科/口腔外科	(ヘインクリニック) 麻酔科	病理外来
希望医師	[ ] 医師 ・ 指定なし													

診療情報提供内容 \*は必ずご記入下さい

*紹介目的	*どちらかに○をつけて下さい 診療 セカンドオピニオン
-------	-----------------------------------

*傷病名・診断名
----------

既往歴及び家族歴・検査結果及び治療結果・現在の処方など
-----------------------------

希望日時 ① 月 日 AM・PM ( 時)  
② 月 日 AM・PM ( 時)  
③ 月 日 AM・PM ( 時)  
決定日時 月 日 AM・PM ( 時)

★★★救急患者様のご紹介は、救命救急センター医師が症状等を直接お伺いさせていただきますので『救急外来受付』までお電話連絡  
頂きますようお願い申し上げます。救急外来受付 時間内 (0823) 22-3111 夜間・休日 (0823) 23-1020