

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

令和 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 0823-32-3070 [直通]

名称・住所

医師名

TEL

FAX

患者情報	フリガナ 氏名							旧姓
	氏名	様						
	呉医療センター診察券番号							-
	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日			性別	男・女	
	郵便番号	〒	-					
	現住所							
電話	自宅:					携帯電話:		

希望診療科	一般内科	腎臓内科	糖尿病・ 内分泌科	血液内科	脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	視覚前診察 胃・大腸内 科	循環器内科	精神科	小児科	外科	乳腺外科	整形外科	人工関節 センター	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	遺伝外来	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	緩和ケア	歯科 口腔外科	麻酔科 ペインクリ ニック	病理外来	放射線治療科
希望 医師名	[] 医師 . 指定なし															

- ◆診療情報提供書・検査データは予約診察日の2日前までに地域医療連携室までFAXをお願いいたします。
- ◆胃ろう交換・腸ろう交換をご希望の場合は、安全に治療を受けていただくために予約申込時にお薬情報（内服薬すべて）のFAXをお願いいたします。
- ◆一般内科は救急外来での受付及び診察になります。

*傷病名・症状（紹介目的）	*何れかに○をつけて下さい
	診察
	セカンドオピニオン
	遺伝外来 [産婦人科]

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又は当該診療科医師が症状等を直接お伺いさせて戴きますので『救急外来受付』までご連絡頂きます様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