

(別紙 1の2)

※紹介先記入欄	ID		受付確認
受診科	最終受診歴 年 月 日		連携室担当者

◎以下にご記入のうえ、FAXをしてくださるようお願いいたします。

FAX番号 0823(22)2116

診療予約申し込み票

年 月 日

<紹介先>

国家公務員共済組合連合会
 呉共済病院 地域医療連携室
 FAX 0823(22)2116
 TEL 0823(22)2111

<紹介元>

名称
医師名
TEL
FAX

患者様の情報	フリガナ												(男・女)									
	氏名												様									
	生年月日	M・T・S・H	年	月	日							(才)										
	現住所												電話()									
	保険者番号													本人	公費負担者番号							
記号・番号												家族	公費受給者番号									

希望診療科 (右へ○印)	腎臓内科	神経内科	代謝内科	呼吸器内科	呼吸器外科	消化器内科	循環器内科	心臓血管外科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	皮膚科	形成外科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	ペインクリニック	歯科口腔外科	シャント外来
--------------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	--------	-----	----	------	-------	-----	------	------	------	----	-------	------	----------	--------	--------

希望医師名	() 医師 指定なし
-------	-------------

希望診療日	第一希望	月	日	()	午前・午後	時頃
	第二希望	月	日	()	午前・午後	時頃

* 紹介目的
 診察 定期フォロー 検査[内容]
 セカンドオピニオン外来 がんペプチドワクチン療法 入院

* 傷病名

* 症状、検査データ等 (特に、腎臓内科、糖尿病については、検査データをお願いします。)

* 患者様は お返事待ちで在院中です。 帰宅されています。 入院中です。

その他	移動	独歩	杖歩行	車イス	ストレッチャー	救急車	同伴者 (有・無)
	認知症	(有・無)		その他()			