

診療予約申込書(診療情報提供書)

年 月 日

中電病院 医療支援室 行

FAX (082)246-7699

(受付時間 平日8:30~17:00)

紹介元医療機関

所在地及び
名称

医師名

印

電話番号 () -

FAX番号 () -

<お願い>送り先誤りのないよう十分ご注意ください。

☆紹介患者さまが来院されるまでにカルテを作成します。お手数ですが下記必要事項をご記入の上、ご送信いただきますようお願い申し上げます。

【中電病院受診歴 有 (ID番号) ・無 】

ふりがな		性別	生年月日				
患者氏名	(職業)	男・女	(明・大・昭・平・令) (西 暦)	年	月	日	歳
住所		電話番号	()	-			

*保険証のコピーを併せてFAXいただく場合は、記入不要です。

保険証番号		公費番号①							
記号		受給者番号							
番号		公費番号②							
資格取得日	年 月 日	受給者番号							
有効期限	年 月 日	自己負担割合	1割	2割	3割				
被保険者名		続柄	本人・家族						

*急患・転院の場合は、事前に紹介診療科・紹介医に連絡をお願いします。

希望診療科 ○で囲んでください	診 療 目 的			
内 科	患者の状態	1. 自立 2. 車いす 3. ストレッチャー 4. その他()		
外 科	傷病名及び紹介目的			
整形外科				
皮膚科	既往歴・家族歴・症状経過, 検査結果, 治療経過等			
泌尿器科				
産婦人科				
耳鼻咽喉科				
放射線科				
麻酔科				
歯科				
リハビリ科				
	ペースメーカー あり・なし	当日入院希望	あり・なし	
	現在の処方			

*17時以降および休診日の申込みは、受診日の連絡が翌日以降になることがございます。

医師	・指定あり (医師 医師への事前連絡 : 有・無) ・指定なし		
診療希望日	・有	・第1希望日	・第2希望日
	・無	月 日 (午前・午後)	月 日 (午前・午後)

医療支援室 【休 診 日】 土・日・祝・年末年始(12月29日~翌1月3日)・5月1日

【連絡先電話番号】 082-246-7695

【所在地】 広島市中区大手町3丁目4-27