

# 診療・検査予約申込書

令和 年 月 日

【紹介医療機関の所在地】

マツダ株式会社マツダ病院 患者診療支援センター・地域連携 名称

FAX 082-565-5137 TEL 082-565-5014

済生会広島病院 地域医療連携室 医師名

FAX 082-820-1757 TEL 082-820-1747

安芸市民病院 地域包括ケアシステム推進部 地域連携室 TEL ( ) -

FAX 082-827-0548 TEL 082-827-0123 FAX ( ) -

|      |         |             |                    |
|------|---------|-------------|--------------------|
| フリガナ |         | 性別          | 生年月日               |
| 患者氏名 |         | 男・女         | 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) |
| 住所   | 〒       |             |                    |
| 電話番号 | 自宅( ) - | 勤務先・携帯( ) - |                    |

|       |             |        |                  |
|-------|-------------|--------|------------------|
| 保険者番号 |             | 公費番号①  |                  |
| 記号    |             | 受給者番号  |                  |
| 番号    |             | 公費番号②  |                  |
| 会社名   |             | 受給者番号  |                  |
| 資格取得日 | 昭・平・令 年 月 日 | 老人負担割合 | 1割 2割 3割         |
| 有効期限  | 令和 年 月 日    | 高齢受給者  | 1割 2割 3割         |
| 被保険者名 | (世帯主)       | 続柄/特記  | 本人・家族 / 事故・労災・生保 |

・お急ぎの場合の保険情報は原本のFAXでも可です。 該当部は○で囲んでください。

|             |   |      |     |                      |
|-------------|---|------|-----|----------------------|
| 診療・検査科      | 科   | 希望医師 | 無・有 | 医師 連絡(済・未)           |
| 診療・検査希望日    | 無・有                                       | 第1希望 | 月 日 | 曜日 午前・午後 時 分 連絡(済・未) |
|             |   | 第2希望 | 月 日 | 曜日 午前・午後 時 分         |
| 入院希望日       | 無・有                                       | 入院日  | 月 日 | 曜日 連絡(済・未)           |
| 主病名症状・検査目的等 | 診察 経過観察 手術 検査( )<br>CT・MRI・RI 部位( ) 単純・造影 |      |     |                      |

- ・待ち時間短縮の為、患者様が来院されるまでにカルテを作成したいと思いますので、お手数ですが上記に必要事項をご記入のうえ申込先病院を間違えないよう送信くださいますようお願い致します。
- ・診療(検査)科は、申込先の各病院の外来診療表などを別途参照のうえご記入願います。
- ・担当診療(検査)科もしくは担当医に直接連絡された場合は、「連絡済」の項に○印をお願いします。
- ・受診当日は必ず診療情報提供書と保険証を、ご紹介患者様受付へお持ちくださるよう、患者様にお申し添え願います。

☆☆ ご紹介ありがとうございました ☆☆