



独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院 紹介患者予約申込書

FAX番号 0834-28-4510(地域連携室直通)

FAX受付時間: 月～金 9:00～16:00

※紹介目的を把握するために診療情報提供書を予約申込書と一緒にFAXしてください。

フリガナ		性別		〒	—
患者氏名	(旧姓:)	男・女	住所		
生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	()	—	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> その他()				
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()				

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 検査(CT・MRI・RI・PET) <input type="checkbox"/> その他()				
希望診療科	<input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病・血液内分泌内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 外科・乳腺外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 放射線治療科 <input type="checkbox"/> 産婦人科(産/婦) <input type="checkbox"/> 遺伝子診療科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科・形成外科 <input type="checkbox"/> 歯科・歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> ペインクリニック内科(麻酔科) <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科				
該当する診療科に☑をしてください					
希望受診日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	指定なし		
当院医師への事前連絡	有・無 ※有の場合は医師名()			当院受診歴 有・無・不明	

※ 総合診療内科の受診予約はお取りできません。水曜日の受付時間内に診療情報提供書をご持参のうえ来院してください。
 ※ 原則として、当日の診療科の医師及び診療時間の指定はできませんのでご了承願います。
 ※ 検査目的のご紹介の場合は診療情報提供書に検査名をご記入ください。

御紹介元医療機関名	所属科	
	医師名	
電話番号	FAX番号	
お問い合わせ担当者 : 所属() 氏名() 連絡先電話番号()		

患者様保険情報(カルテの写しや医事画面の印刷等でも可)	公費負担受給者証			
保険番号	負担者番号			
記号・番号	受給者番号			
開始日	本人・家族	負担割合	割	有効期限

※ 事前にカルテ作成をするため、紹介患者様の氏名・生年月日・住所・連絡先は必ずご記入ください。
 ※ 予約申込書・診療情報提供書をFAXで受信後、予約をおとりして「受診予約票」をFAXでお送りします。
 なお、検査目的の紹介では「検査予約票」は別にプリントして、予約日時等を手書きしてお渡しく下さい。
 ご不明な点は、「地域連携室」までお問い合わせください。