広島記念病院　FAX予約受付用紙

平成　　年　　月　　日

地域連携室　行

FAX（082)503−1010（直通）
TEL（082)292−1271（代表）

＊診療情報提供書も一緒にご送信下さい

〈紹介元〉
医療機関名
所　在　地
医　師　名
電話番号
ＦＡＸ番号

患者様の情報	ふりがな																	
	患者氏名													男　・　女				
	生年月日	明　・　大　・　昭　・　平　　年　　月　　日（　　歳）																
	現住所	〒																
	電話番号	①　　②																
	保険者番号									公費負担者番号								
	記号・番号									受給者番号								
	被保険者名									公費負担者番号								
	続柄									受給者番号								
	有効期限	～																
	老人負担割合	上位所得者　・　一般　・　非課税Ⅰ　・　非課税Ⅱ																

受診予約についての情報	希望診療科	科	
	希望医師	医師　・　指定無	
	紹介目的	□　診察〈担当医連絡　済　・　未　〉 □　検査〈予約　済（　　）・　未　〉 □　その他	【コメント】
	受診希望日	第1希望　　月　　日（　　）　第2希望　　月　　日（　　）	
	受診日時連絡先	□　貴院にて待機中　□患者様へ　□電話で予約済み(連絡不要)	

備考	

※　広島記念病院　地域連携室記載欄

【予約完了のお知らせ】

上記患者様は、下記のとおりご予約をお取りいたしましたので、お知らせいたします

受診科　　科

担当医　　医師

日時　　月　　日（　）　　時　　患者様連絡済み

※　地域連携室　業務時間　月～金　８時３０分～17時１５分
（16時３０分以降に受診したFAXについては、翌業務日のご連絡になります。）

※　当日受診・緊急受診・入院の場合は担当医師に直接ご連絡下さい。