



広島記念病院 FAX予約受付用紙

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	西暦・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 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	<input type="checkbox"/> 診察〈担当医連絡 済 ・ 未 〉						【備考】						
		<input type="checkbox"/> 検査〈予約 済 () ・ 未 〉												
		<input type="checkbox"/> その他												
受診希望日	第1希望 月 日 ()			第2希望 月 日 ()										
受診日時連絡先	<input type="checkbox"/> 貴院にて待機中 <input type="checkbox"/> 患者様へ <input type="checkbox"/> 電話で予約済み(連絡不要)													

※ 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

1階の総合受付『③初診・紹介窓口』までお越し下さい。

持参物 保険証・原爆手帳など 紹介状・診察券 (お持ちの方) お薬手帳又はお薬

※ 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。