

診療・検査予約申込書

済生会呉病院
地域医療連携室 宛

TEL 0823-21-1616(直通)
FAX 0823-20-0580(直通)

2024年8月22日

紹介元医療機関

所在地
名称
医師名
TEL
FAX

患者情報										
診察券番号										
フリガナ	☐ 男・ ☐ 女									
氏名										
生年月日	(歳)									
現住所	〒 - -									
電話番号	- -									
保険者番号										
記号・番号										
公費番号										
受給者番号										

診療										
	内科									
	心療内科									
	外科									
	整形外科									
	眼科									
	耳鼻咽喉科									
*入院の希望	☐ 有・ ☐ 無									
検査										
	MRI ☐ 造影・ ☐ 単純(部位:)									
	CT ☐ 造影・ ☐ 単純(部位:)									
	大腸内視鏡検査									
	胃内視鏡検査 ☐ 経口・ ☐ 経鼻									
	その他の検査 ()									
	栄養指導									
*検査結果のFAX希望	☐ 有・ ☐ 無									

※緊急の場合は、直接各科の医師へ
電話依頼をお願いします。

紹介目的 病状等	☐ 診療		☐ 診療 + 検査		☐ 検査のみ	
希望医師	() 医師 / 連絡 ☐ 済・ ☐ 未					☐ 指定なし
診療検査 希望日	第1希望	月	日	()	☐ 午前・ ☐ 午後	☐ 最短日を希望
	第2希望	月	日	()	☐ 午前・ ☐ 午後	☐ ご都合の悪い日 () 以外希望
患者さんは	☐ お返事待ちで在院中		☐ 帰宅されています		☐ 入院中	
移動方法	☐ 独歩・ ☐ 介助歩行・ ☐ 車椅子・ ☐ ストレッチャー					認知症 ☐ 有・ ☐ 無
来院方法	☐ 介護タクシー・ ☐ 施設の車・ ☐ 救急車・ ☐ 他()					同伴者 ☐ 有・ ☐ 無

決定日時	月	日	()	来院	:	検査	:	
------	---	---	-----	----	---	----	---	--