

# 診療予約申込書

東広島記念病院 地域医療連携室 御中

FAX番号 082-423-7710 (代表)

〒739-0002

広島県東広島市西条町吉行2214

医療法人社団ヤマナ会 東広島記念病院

TEL 082-423-6671 (部署直通)

FAX 082-423-7710



令和 年 月 日

紹介元	住所			
	医療機関名		TEL番号	
	医師名	診療科	科	FAX番号
	手続き終了後の連絡先	※該当するものにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 貴院待機中(担当: 様) <input type="checkbox"/> 入院中(担当: 様) <input type="checkbox"/> 患者様宅		

患者様情報	ふりがな		性別	生年月日
	患者様氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒		
	TEL番号	<input type="checkbox"/> ① 自宅・携帯・職場		
	<input type="checkbox"/> ② 自宅・携帯・職場			

診療依頼	診療科	<input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病科 <input type="checkbox"/> 内科		
	担当医名	<input type="checkbox"/> 医師指定 ( 先生 ) <input type="checkbox"/> 指定なし		
	受診希望日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	第1希望	月 日 ( ) 午前 時
			第2希望	月 日 ( ) 午前 時
	紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察		
主病名・症状	※診療情報提供書は、当日持参又は事前にご送付下さい。			

・午前の診療のみ予約制となります。希望日時前日の午前中までに「診療予約申込書」「診療情報提供書」をご記入の上、FAXにてご送信下さい。日時を調整後に「診療予約通知書」「診療予約券」をFAXにてご返信いたします(貴院待機中、入院中の場合)。

※午後の診療は、予約制ではなく受付順となります。

・患者様には、診療当日「診療予約券」「保険証」「診療情報提供書」(お持ちの場合は「当院診察券」)をご持参の上、受付においで下さるようご案内下さい。

・患者様から直接TELにて予約を取ることも可能です。TEL: 082-423-6661 (病院代表)