関門医療センター　地域医療連携室宛　　FAX：083-241-1302

診療予約票

依頼日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 御紹介元 | | | | | | | | | | |  | | | 電話： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | | |
| 医師名 | | | | | | | | | | | FAX： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 先生 | | |
| フリガナ | | | | | | | | | 男　・　女 | | | 住所： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | | | |
| TEL:（　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | |  | 明治 | |  | 大正 | |  | 昭和 | |  | | 平成 | | | |  | | | 令和 | | | 年　　月　　日生　　　歳 | | | | | | | | | | | |
| 保険の有無 | | | |  | 有 | |  | 無 | |  | | 公費負担番号 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | |  | | | | | | | | 公費負担受給者番号 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者記号番号 | | | |  | | | | | | | | 被保険者・続柄 | | | | | | | | | |  | | 本人 | | | | |  | | 家族 | | | | | |
| 主保険の開始日 | | | |  | | | | | | | | 老人保健 | | | | | | | | | |  | | 1割 | | |  | | ２割 | | | |  | ３割 | | |
| 紹介元医療機関の | | | |  | 外来患者 | | |  | 入院患者 | | | 当院受診歴 | | | | | | | | | |  | | 有 | | |  | | 無 | | | |  | | | |
| 傷病名・紹介目的 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診希望科 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |
| 救急科 | 循環器内科 | 糖尿病・血液内科 | 呼吸器内科 | 脳神経外科 | 脳神経内科 | 消化器内科 | 外科/消化器外科 | 乳腺外科 | 産婦人科 | 小児科 | 整形外科 | | 泌尿器科 | | | 耳鼻咽喉科 | 眼科 | | 精神科 | | | 麻酔科 | 放射線治療科 | | 放射線診断科 | | 歯科口腔外科 | | 総合診療科 | | 女性総合診療科 | 皮膚科 | | 形成外科 | 心臓血管外科 |
| 担当・希望医師氏名 | | | | |  | | | | | | | | | 担当医・希望医師への連絡 | | | | | | | | | | | | | |  | | 有 | | |  | | 無 | |
| 依頼項目 | | | | |  | 外来受診 | | |  | 入院 | |  | | 検査 | | | | | | | 紹介状 | | | | | | |  | | 有 | | |  | | 無 | |
| ご希望の受診日 | | | | | 1.　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 2.　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　時　　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.　　　いつでもよい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 来院の方法 | | | | |  | 歩行 | | |  | 車椅子 | | | |  | | ストレッチャー | | | | | | | |  | 救急車 | | | | | | |  | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＊画像紹介の際は、別紙「画像検査紹介状（診療情報提供書）」をご使用ください。

国立病院機構　関門医療センター　　代表　　<TEL:083-241-1199>

☆地域医療連携室直通　　FAX:083-241-1302

☆