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

☆