

中国労災病院 診療予約申込書（FAX番号 0823-74-6260）

年 月 日

中国労災病院 地域医療連携室

FAX 0823-74-6260（直通）

TEL 0823-74-0321（直通）

患者さんの情報	フリガナ		性別	☐ 男 ☒ 女	<紹介元医療機関> 医療機関名・住所	
	氏名	様	旧姓			
	生年月日	☐ T ☐ S ☐ H ☐ R ☐ 西暦 年 月 日 歳			医師名	
	郵便番号	〒 -				
	現住所				電話番号 FAX番号	
	電話	- -				
	保険者番号		☐ 本人	公費負担者番号		
	記号・番号		☐ 家族	公費受給者番号		
	交通事故	はい いいえ			労働災害	仕事中 通勤中 無
	認知症	有 無			酸素	有 l/分 無
来院方法	独歩 杖歩行 車イス ストレッチャー 救急車			同伴者	有 無	

希望診療科に ○印をお願いします		消化器内科★1		外科		眼科
		循環器内科		整形外科・形成外科		耳鼻咽喉科
		呼吸器内科		脳神経外科		リハビリテーション科
		代謝内分泌科		心臓血管外科		放射線治療科
		総合診療科		皮膚科		麻酔科
		脳神経内科		腎泌尿器外科		歯科口腔外科★2
		小児科	○	産婦人科		栄養指導★3

★1 紹介当日CF希望(8:30開始) 有 無（便秘のある方は、検査前1週間の下剤処方をご検討くださいますと幸いです。）

★2 抜歯は午後からになります ★3 栄養食事依頼票(当院HP→地域連携タブ→紹介患者さんの申込)添付をお願いします。

希望医師名	()医師 担当医連絡 ☐ 済 ☐ 未			☒ 指定なし	
希望診療日	第1希望	月 日 ()	時 分	※都合の悪い日	
	第2希望	月 日 ()	時 分		
	第3希望	月 日 ()	時 分		
開放型病床のご利用希望	有 無 当院に入院した紹介患者さんを、当院主治医と共同して診療に当たっていただくことができます。入院中の状態が把握できるため、退院後の診療にスムーズに移行できます。				

※紹介目的（感染症等特記事項がある場合は下記にご記入ください。）

周産期管理・別紙紹介状のとおり 分娩予定日 年 月 日 週

患者さんは	☐ お返事待ちで在院中です ☐ 帰宅されています ☐ 入院中です
-------	---