

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	☐ 仕事中心 ☐ 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。）

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
-------	---