

中国劳災病院 診療予約申込書 (FAX番号 0823-74-6260)

年 月 日

中国劳災病院 地域医療連携室  
FAX 0823-74-6260

TEL 0823-74-0321 緊急な診察が必要な場合は、お電話で直接ご連絡をお願いいたします。

|         |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                         |                             |                                                       |                                                       |                                                                                      |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 患者さんの情報 | フリガナ                                                                                                                                                |                                                                                                                                         | 性別                          | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <紹介元医療機関><br><br>医療機関名・住所                             |                                                                                      |
|         | 氏名                                                                                                                                                  | 様                                                                                                                                       | 旧姓                          |                                                       |                                                       |                                                                                      |
|         | 生年月日                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> 西暦 |                             |                                                       |                                                       |                                                                                      |
|         | 郵便番号                                                                                                                                                | 〒 -                                                                                                                                     |                             |                                                       | 医師名                                                   |                                                                                      |
|         | 現住所                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                             |                                                       |                                                       |                                                                                      |
|         | 電話                                                                                                                                                  | - -                                                                                                                                     |                             |                                                       |                                                       |                                                                                      |
|         | 保険者番号                                                                                                                                               |                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 本人 | 公費負担者番号                                               |                                                       |                                                                                      |
|         | 記号・番号                                                                                                                                               |                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 家族 | 公費受給者番号                                               |                                                       |                                                                                      |
|         | 交通事故                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                |                             |                                                       | 労働災害                                                  | <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 無 |
|         | 認知症                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                   |                             |                                                       | 酸素                                                    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1/分 <input type="checkbox"/> 無   |
| 来院方法    | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 |                                                                                                                                         |                             | 同伴者                                                   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                                                                                      |

|                     |  |         |  |           |  |            |
|---------------------|--|---------|--|-----------|--|------------|
| 希望診療科に<br>○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

|             |                                                                                                                                              |   |       |                               |   |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|-------------------------------|---|
| 希望医師名       | ( ) 医師 担当医連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未                                                                           |   |       | <input type="checkbox"/> 指定なし |   |
| 希望診療日       | 第1希望                                                                                                                                         | 月 | 日 ( ) | 時                             | 分 |
|             | 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 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> お返事待ちで在院中です | <input type="checkbox"/> 帰宅されています | <input type="checkbox"/> 入院中です |
|-------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|