診療予約申込書

〒755-0241

山口県宇部市東岐波６８５



地域医療連携室

電話　0836-58-4100

FAX　0836-58-2938

住所　〒

医療機関名

TEL・FAX

医師氏名 　 　　　 先生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 明・大・昭・平　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | | | □入院中　　　　□外来通院中　　　□その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名(診断名)・主訴， 紹介目的　など | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望受診科 | □ | □ | | □ | □ | □ | □ | | □ | □ | | □ | □ | □ | □ | □ |
| 内科新患外来 | 外科新患外来 | | 血液・腫瘍内科 | 呼吸器内科 | 呼吸器外科 | 画像診断科 | | 乳腺・  消化器外科 | 循環器内科 | | 緩和ケア内科 | 放射線科 | 手掌多汗症外来 | 乳がん検診 | セカンド  オピニオン外来 |
| ご希望の医師 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ご希望の受診日 | | | 令和　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　）　　　　　　　　時 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 患者住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 患者電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 保険情報 | | | | | | | | 公費負担受給者 | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | |  | | | | | 負担者番号 | | |  | | | | | |
| 記号・番号 | | |  | | | | | 受給者番号 | | |  | | | | | |
| 負担 | | | □１割　□２割　□３割 | | | | | 有効期間 | | |  | | | | | |
| 本人・家族 | | | □本人　　□家族 | | | | | その他 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |
| 有効期間 | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |

※ご記入後、 **0836-58-2938** までFAXをお願いします。

FAX受診後、「診療予約票」をお送りいたします。

保険情報は、カルテ表紙の写しや医事画面の印刷等でも構いません。

なお、ご不明な点がありましたら地域医療連携室までご連絡下さい。