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。