

# 予 約 票 ( 診 察 ・ 検 査 ・ 入 院 )

平成 年 月 日

## < 紹介先 >

- 済生会呉病院 fax 0823-20-0580 / tel 0823-21-1601
- 呉市医師会病院 fax 0823-32-7507 / tel 0823-32-7576
- 労働者健康福祉機構 中国労災病院 fax 0823-74-6260 / tel 0823-74-0321
- 呉共済病院 fax 0823-22-2116 / tel 0823-22-2111
- 国立病院機構 呉医療センター fax 0823-22-3175 / tel 0823-22-3111

患 者 情 報	フリガナ		< 紹介元 >																					
	氏名																							
	生年月日		年 月 日 ( 歳 ) 男 ・ 女																					
	郵便番号		〒 ー ー																					
	現住所																							
	電話番号		ー ー																					
	保険者番号												公費負担者番号											
	被保険者等の記号・番号												公費受給者番号											
	A DL	移動																						
		精神		痴呆																徘徊				
感染症																								
褥瘡		(部位: )																						
希望診療科												希望医師名				医師								

## 紹介目的

## 希望日時

① 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

② 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

入院が必要となった場合の開放型病床の利用  希望する  希望しない

※太枠内は必ずご記入ください。