

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
- 労働者健康安全機構 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		様											
	生年月日		年		月		日		歳		男・女			
	郵便番号		〒		-									
	現住所													
	電話番号		()		-									
	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 D L	移動												
		精神		痴呆				徘徊						
感染症														
褥瘡						(部位:)								
酸素療法(HOT)				有 :						L / 分				
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。