

紹介・予約 申込書 (FAX送付票)

☆即日入院依頼の場合は、直接診療科医師へご連絡をお願いいたします。 申込日 年 月 日

紹介元	所在地 _____	所属科 _____
	医療機関名 _____	T E L _____
	担当医師 _____	F A X _____
担当医師	<input type="checkbox"/> 希望医師 _____ 医師 <input type="checkbox"/> なし 医師の了解 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
診 察 日	診察希望日 第1希望 年 月 日 () AM・PM 第2希望 年 月 日 () AM・PM	
※本院記入欄 ※決定 年 月 日 () : ~		
傷 病 名		<input type="checkbox"/> 患者入院中 (来院) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族のみ
紹介目的		※家族のみの受診の場合、保険証は使えません。10割負担となります。

※旧姓の確認が取れない場合、二重登録の危険があるため予約をお取りできません。
 予め患者さんへご確認の上、申込みをお願いします。

フリガナ		性別	※旧姓	被保険者	被保険者氏名	続柄
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)					
住 所 電話番号	〒 - - 電話 (- -) 携帯 (- -)					
保 険 情 報	保険者番号			公費負担者番号		
	記 号			公費負担医療の 受給者番号		
	番 号			公費負担者番号		
	有効期限	年 月 日		公費負担医療の 受給者番号		
	労働災害 交通事故	<input type="checkbox"/> あり(工作中・通勤途中・その他) <input type="checkbox"/> なし				
本院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり			診察券番号	- -	

診療情報提供書(紹介)

広島がん高精度放射線治療センター

医療機関 広島がん高精度放射線治療センター



担当医

先生侍史

年 月 日

医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名	性別	
生年月日	年齢	歳
住所		
電話番号		

上記の患者を紹介させていただきます。

【傷病名】
【紹介目的】
【既往歴および家族歴】
【症状経過および検査結果】
【治療経過】 (これまでの放射線療法・化学療法・手術などについてご記入ください)
【現在の処方】
【備考】

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

医療機関
FAX:

広島がん高精度放射線治療センター



_____先生侍医

〒732-0057 広島県広島市東区二葉の里三丁目2-2

広島がん高精度放射線治療センター

TEL 082-263-1330

FAX 082-263-1331

下記のとおり受付いたしました。

患者さんに、受診日時等をご説明の上、必ずこの用紙をお渡してください。

ご不明な点がございましたら、ご連絡お願いいたします。

受付確認票（FAX送付票）

氏名： _____

センター番号 _____

生年月日： _____

受診日時

_____年 月 日 () : _____

正面玄関横 受付までお越しください。

なお、他施設に入院中の方は、受付にてお申し出ください。

担当医 _____

ご持参いただくもの

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康保険証、医療券等 | <input type="checkbox"/> 紹介状 |
| <input type="checkbox"/> 受付確認表(この用紙) | <input type="checkbox"/> お薬手帳 |
| <input type="checkbox"/> 本センターの診察券(過去に本センターを受診したことのある方は必ずご持参ください) | |

<注意事項>

以下の点について、あらかじめご了承ください。

- ・はじめて受診される方は、待ち時間がかかることがあります
- ・医師の指定をいただいた場合でも、都合によりご希望に添えない場合があります。

<交通のご案内>

JR広島駅・新幹線口から徒歩約5分

(JR広島駅・新幹線口から西方面、
駅西高架信号右折、二葉山方面へ
約100m先右側)

<駐車場のご案内>

隣接する「広島県医師会 地域医療総合支援センター」の地下駐車場をご利用ください。

センター北側入り口よりお入りください。
駐車場エレベータで1階へ上がり、センター
西側入り口から受付へお越しください。

