

診察申込書(会員・FAX専用)

申込日 年 月 日

患者様情報	本センター受診歴	ある (年 月頃 科) ・ ない ・ 不明				
	患者ID番号	※ 本センターに受診歴がある患者様で、ID番号が分かればご記入下さい。				
	フリガナ				性別	男 ・ 女
	患者氏名					
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生				
	住所	〒 -				
		TEL () -				
	貴医療機関	外来 ・ 入院中	移動	歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー		
	来院方法	自己 ・ 救急車 ・ 寝台車		緊急性	有 無	/
介助の必要	有 無	付き添い	有 無	有 無		
			認知症 (精神疾患)	有 無		

受診希望科(○印をお付け下さい。)

<input type="checkbox"/>	循環器内科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	神経内科
<input type="checkbox"/>	消化器内科	<input type="checkbox"/>	産婦人科	<input type="checkbox"/>	歯科口腔外科	<input type="checkbox"/>	精神科
<input type="checkbox"/>	内分泌・代謝内科(糖尿病)	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	放射線科	<input type="checkbox"/>	形成外科
<input type="checkbox"/>	血液内科	<input type="checkbox"/>	心臓小児科	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	呼吸器外科
<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	麻酔科	<input type="checkbox"/>	心療内科
<input type="checkbox"/>	小児外科	<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	リウマチ科(膠原病)
<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	糖尿病・栄養内科

受診希望日時	平成 年 月 日 () 時 分
主訴又は病名	
診察希望医師名	

ご依頼元	医療機関名			会員番号	
	ご担当医師名				
	ご住所			Tel	
			Fax		

《 お願い 》

- ・ 受診当日は、必ず紹介状、保険証、医療証及び患者IDカード等を患者様にご持参して頂けるようにお伝え下さい。

日本赤十字社和歌山医療センター 医療連携課
TEL : 073-422-4171
(内線 1331)
FAX : 073-427-3588