

国立病院機構柳井医療センター 予約申込書

ご紹介医療機関

|         |             |
|---------|-------------|
| 所在地及び名称 | 医師名         |
|         | 電話 ( ) -    |
|         | ファックス ( ) - |

患者様の情報

|                                |     |       |    |   |    |   |
|--------------------------------|-----|-------|----|---|----|---|
| フリガナ                           | 男・女 | 生年月日  | 年  | 月 | 日  | 生 |
| 氏名                             |     | 明・大   |    |   |    |   |
|                                |     | 昭・平・令 | (満 |   | 歳) |   |
| 住所 (〒 - )                      |     |       |    |   |    |   |
| TEL ( ) -                      |     |       |    |   |    |   |
| 当院受診歴 (有・無) 受診歴 有の場合 年 月頃 科で受診 |     |       |    |   |    |   |
| 現在の状況 (入院中・外来通院中)              |     |       |    |   |    |   |

|        |  |   |   |   |    |   |   |
|--------|--|---|---|---|----|---|---|
| 予約希望日時 | 令和   | 年 | 月 | 日 | 曜日 | 時 | 分 |
| 無      | (都合の悪い日・曜日等があれば記載してください。)                    |   |   |   |    |   |   |
| 有      |  |   |   |   |    |   |   |
| 予約内容   | ① 診療(外来受診・入院治療) ( ) 科                        |   |   |   |    |   |   |
|        | ② 認知症疾患医療センター                                |   |   |   |    |   |   |
|        | ③ 希望医師名または専門領域 ( )                           |   |   |   |    |   |   |
|        | ④ 依頼内容(病名・症状・入院の目的等をご記入ください。)                |   |   |   |    |   |   |
|        | ⑤ 入院治療の方 個室を希望する(¥7,700 ¥5,500 ¥3,300) 希望しない |   |   |   |    |   |   |

|              |         |         |            |
|--------------|---------|---------|------------|
| 保険(全し)記入ください | 保険者番号   | 記号      | 番号         |
|              | 被保険者名   | 区分      | 本人・家族 負担割合 |
|              | 公費負担者番号 | 公費受給者番号 |            |
|              | 公費負担者番号 | 公費受給者番号 |            |
|              |         |         |            |

〒742-1352 山口県柳井市伊保庄95 国立病院機構柳井医療センター 地域医療連携室

※ 時間外、土、日、祝でのご依頼は翌診療日の回答となりますのでご了承ください。

※ この予約申込書は、診療情報提供書としての取扱いとはなりませんのでご了承ください。

電話 (0820)-27-0211

ファックス (0820)-27-1490 (連携室)

