緩和ケア診療予約申込書

（ご記入日：　　年　　月　　日）

医療法人 JR 広島病院	紹介元医療機関
FAX：082-535-0017 TEL：082-262-1184	所在地： 名　称： 医師名：
診療予約申込時間／平日（土日祝日除く） 9：00～16：00 ※上記時間外にお申込の場合は、ご連絡が翌日以降となります。	TEL： FAX：

患者情報	当院受診歴	有　・　無	受診歴のある方は 診察券番号をご記入ください	当院診察券番号：	
	フリガナ	（男・女）	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日 （　才）	
	氏　名				
	現住所	〒　－			
	電話番号	※9：00～17：00までの間にご連絡のとれる番号をご記入ください。 ①　自宅　・　職場　・　携帯等　（　）　－ ②　自宅　・　職場　・　携帯等　（　）　－			
	連絡方法	（　）上記患者・家族へ （　）紹介元医療機関へ	保険者番号		
			記号・番号		
			□ 本人　□ 家族	□ 1割　□ 2割　□ 3割	
	受診希望日	第1希望　月　日（　）	公費負担者番号		
			公費受給者番号		
		第2希望　月　日（　）	公費負担者番号		
			公費受給者番号		

当院医師名	（　）医師　・　指定なし	担当医連絡	済　・　未	当日入院希望	有　・　無
備考					
持参物	CD-R　・　X-P　・　その他（　）				
来院方法	独歩　・　杖歩行　・　車いす　・　ストレッチャー　・　救急車　・その他（　）				

●紹介患者さまが来院されるまでにカルテの作成を済ませますので、お手数ですが上記に必要事項をご記入のうえ、診療情報提供書とあわせてご送信ください。※こちらの用紙はコピーしてご利用ください。

（2021年5月 改訂）

医療法人 JR広島病院
MEDICAL CORPORATION JR HIROSHIMA HOSPITAL