

診療予約申込書

東広島記念病院 地域医療連携室 御中

FAX番号 082-430-7717 (直通)

〒739-0002

広島県東広島市西条町吉行2214

医療法人社団ヤマナ会 東広島記念病院

TEL 082-423-6671 (部署直通)

営業時間：月火水金 8:30~17:30 木土 8:30~12:30



*お手数ですがFAX送信前に上記の電話番号までご連絡をお願い致します。 令和 年 月 日

紹介元	住 所					
	医療機関名			TEL 番号		
	医師名		診療科	科	FAX番号	
	手続き 終了後の 連絡先	※該当するものにチェックをお願いします。 ☐ 貴院待機中(担当： 様) ☐ 入院中(担当： 様) ☐ 患者様宅				

患者様情報	ふりがな		性別	生 年 月 日	
	患者様氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	住 所	〒			
	TEL番号	① 自宅・携帯・職場			
		② 自宅・携帯・職場			

診療依頼	診療科	☐ リウマチ・膠原病科 ☐ 内科			
	担当医名	☐ 医師指定 (医師) ☐ 指定なし			
	受診希望日	☐ 無 ☐ 有	第1希望	月 日 ()	
			第2希望	月 日 ()	
	主病名・症状				
	※診療情報提供書は、当日持参又は事前にご送付下さい。				

- 希望日前日の午前中までに「診療予約申込書」「診療情報提供書」をご記入後FAXにてご送信下さい。
- 日時調整後に「診療予約通知書」「診療予約券」をFAXにてご返信いたします。
- 受付順での診療も可能ですが、待ち時間が発生致します。
- 受診日当日に「診療予約券」「保険証」「診療情報提供書」(お持ちの場合は「当院診察券」)をご持参の上、受付にお越しになるよう、ご案内をお願い致します。
- 患者様から直接TELにて予約を取ることも可能です。TEL：082-423-6661(病院代表)