

予約 FAX:082-257-5489
 TEL:082-257-5064(直通)
 広島大学病院 地域連携室

紹介・予約申込書(FAX 送付票)

広島県予防接種相談支援センター用

☆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 平成 年 月 日

紹介元情報	所在地	_____		所属科	_____
	医療機関名	_____		T E L	_____
	担当医師	_____		F A X	_____
診療依頼内容	診療科	■希望診療科 小児科			
	診療日	診察希望日 第1希望 年 月 日() 第2希望 年 月 日() ※ 予防接種実施日は 火曜日 (祝祭日及び年末年始を除く)です。 ※ 診察希望日の 2週間前まで に予約をしてください。 ※ ワクチンの在庫状況等により、希望にお応えできない場合があります。 ※ 診察の結果、診察希望日に予防接種ができないことがあります。 ※ これらの事情により、予防接種実施日が予防接種法に定める定期の予防接種の期間を超えた場合は、接種費用が患者さんの自己負担となるため、ご注意ください。			
	傷病名	定期予防接種(小児) 【ワクチン名: _____】 【接種回数: 第 _____ 期 _____ 回目】		<input type="checkbox"/> 患者入院中 <input type="checkbox"/> 家族のみ受診 (本人は来院しない) ※家族のみの受診の場合、費用は10割負担となります。	
紹介目的	※貴医療機関での接種が困難な理由を記入				

※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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	※旧姓	_____	被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	被保険者氏名	_____	続柄	_____
患者氏名	_____		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
生年月日	明・大・昭・平		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
住所 電話番号	〒 _____ - _____		_____								
	電話(_____ - _____)		携帯(_____ - _____)								
保険情報	保険者番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	記号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	有効期限	平成	_____	年	_____	月	_____	日	_____	_____	_____
	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 _____ - _____								

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います。

コピーしてご利用ください