



独立行政法人 労働者健康安全機構
 和歌山労災病院
 患者サポートセンター 医療連携室
 直通TEL 073-451-3186
 直通FAX 073-451-3788

紹介元
 医療機関名 _____
 紹介医師名 _____
 TEL _____ FAX _____

診 療 予 約 申 込 書

紹介患者様

受診歴	当病院で受診されたことはありますか？	有 ・ 無	
フリガナ		男・女	生年月日 明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
患者氏名	(※旧姓)		
現住所	〒 _____ - _____ - _____ _____	自宅電話番号	(_____)
		携帯電話番号	(_____)

診療希望日時	(ご記入下さい)	希望医師
第一希望	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時ごろ	_____ 医師
第二希望	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時ごろ	_____ 医師

紹介診療科 (○で囲んで下さい)								
内科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科
呼吸器・ 乳腺外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	リハビリ科	血液内科

※ 診療予約希望日時・希望診察医師につきましては、希望に添えない場合がありますのであらかじめご了承ください。

連絡欄 (※必ずご記入下さい)	
<病名> _____	<その他> _____

保険情報 (事前にカルテを準備するためご記入お願いします。保険証コピーのFAXでも可)			
保険者番号		本人・ 家族	公費負担者番号 _____
記号			受給者番号 _____
番号			有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日
資格取得	_____ 年 _____ 月 _____ 日		公費負担者番号 _____
有効期限	_____ 年 _____ 月 _____ 日		受給者番号 _____
			有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療の種類 (該当する診療があれば空欄に○をつけてください。)			
	労働災害による診療		自賠責による診療
	通勤災害による診療		自費による診療

患者様が当院を受診される時は、別途『診療情報提供書』が必要となりますので、患者様にお渡し下さいますようお願い致します。

※ 18:00以降のFAX送信に関しましては、翌日の対応となりますのでご了承ください。
 土日、休日・祭日の場合は、休日明けの対応となります
 ※ 翌日の予約最終締め切りは、希望日前日15:00迄の受付となります。
 ただし、月曜日予約希望の場合は、金曜日の15:00迄、祭日の場合は木曜日15:00迄となります。