



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
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	血液内科	肝臓内科

※ 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		自賠償による診療
	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。