

# 《 診 療 予 約 申 込 書 》

独立行政法人 労働者健康安全機構  
**和 歌 山 労 災 病 院**  
 地域連携室  
 直 通 番 号 **FAX:073-451-3788**  
 (TEL:073-451-3186)  
 受付時間 : 平日 8:15~18:00  
 休 診 日 : 土・日・祝日、年末年始(12月29日~1月3日)

紹介元医療機関  
 名 称  
 所在地  
 T E L  
 F A X  
 医師名  
 担当者

※当日予約不可

※救急の場合は、直接救急外来へご連絡下さい。

→ 代表TEL : 073-451-3181

※FAXは24時間受信しておりますが、上記受付時間終了以降の  
 お申し込みにつきましては、翌日(休日明け)の対応となります。

|       |                                                                                                                          |     |                              |                |      |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------|----------------|------|
| 当院受診歴 | 有 ・ 無 ・ 不明                                                                                                               |     | 申込日 :            年    月    日 |                |      |
| フリガナ  |                                                                                                                          |     | 受診希望医師・希望日                   |                |      |
| 患者氏名  |                                                                                                                          | 男・女 | 第一希望                         | 医師             |      |
|       |                                                                                                                          |     | 月    日    曜日                 | 時ごろ            |      |
| 生年月日  | T・S・H・R    年    月    日 (    歳)                                                                                           |     | 第二希望                         | 医師             |      |
| 現住所   | □□□□ - □□□□                                                                                                              |     | 月    日    曜日                 | 時ごろ            |      |
|       |                                                                                                                          |     | その他のご希望                      |                |      |
| 自 宅   | 本人・その他(氏名・続柄)                                                                                                            |     | 受診希望診療科 (○で囲んでください)          |                |      |
| 電話番号  | (            ) -                                                                                                         |     | 内 科                          | 脳神経内科    呼吸器内科 |      |
| 携 帯   | 本人・その他(氏名・続柄)                                                                                                            |     | 消化器内科                        | 肝臓内科    循環器内科  |      |
| 電話番号  | (            ) -                                                                                                         |     | 小児科                          | 外 科    整形外科    |      |
| 受診状況  | <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 退院後受診 <input type="checkbox"/> 入院中受診<br>↓<br>貴院で待機中ですか    はい ・ いいえ |     | 脳神経外科                        | 呼吸器・<br>乳腺外科   | 皮膚科  |
|       |                                                                                                                          |     | 泌尿器科                         | 産婦人科           | 眼 科  |
|       |                                                                                                                          |     | 耳鼻咽喉科・<br>頭頸部外科              | 放射線科           | 血液内科 |
|       |                                                                                                                          |     |                              |                |      |

紹介目的 (※必ずご記入下さい)    なるべく日本語でわかりやすくご記入下さい。

(病名・症状等)

**●紹介状(診療情報提供書)は当日必ずご持参下さい。**

※日時・医師につきましては、ご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。

|       |                           |   |                   |
|-------|---------------------------|---|-------------------|
| 診療の種類 | (該当する診療の種類の番号に○をつけてください。) |   |                   |
| 1     | 保険(協会・組合・国保・後期高齢者)による診療   | 4 | 自賠責による診療          |
| 2     | 労災による診療                   | 5 | 自費による診療           |
| 3     | 生保による診療                   | 6 | その他(            ) |

※セカンドオピニオン外来は、この様式では受け付けておりません。(073-451-3186)までお電話下さい。