

紹介状・診療情報提供書(予約申込書)

平成 年 月 日

送信先FAX番号 0827-32-3656

(受付時間 9:00~14:00)

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 地域医療連携室  
〒740-8510

山口県岩国市黒磯町2丁目5番1号

電話0827-31-3704(内線2340)

<依頼医療機関>

住所

名称

医師氏名

TEL

FAX

ふりがな		住 所	〒 -	
氏 名	様 男・女			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)	TEL	( )	-
NHO岩国医療センター 受診歴 有 (ID番号 - - ) ・ 無				
保険者番号		公 費	負担者番号	
			受給者番号	
記号・番号			負担者番号	
			受給者番号	
区分	本人 ・ 家族	公 費 負担割合	割	

紹介目的	1. 診療 2. 検査 3. その他( )																		
内 科	精 神 科	呼 吸 器 科	小 児 科	外 科	整 形 外 科	脳 神 経 外 科	呼 吸 器 外 科	心 臓 血 管 外 科	小 児 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	産 科	婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	形 成 外 科	放 射 線 科		

( ) 科	CT MRI RI 一般撮影
指定医<ご希望があれば記入してください>	検査名 造影剤 有・無 部位( )
( ) 医師	内視鏡 その他( )

希 望 日	1. 平成 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分	撮影フィルム 《○をつけて下さい》 当日持ち帰り CD or フィルム 後日郵送 → CD or フィルム
	2. 平成 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分	
	3. いつでもよい	

上記診療科の予約時間帯は原則9:30~11:00となっております。  
特別な診療については、連携室だよりの外来診療案内をご参考ください。

主訴又は疾病名	
既往歴及び家族歴	
病状経過 治療経過 現在の処方 患者の状態等	
要望事項 留意事項等	