

診 療 予 約 申 込 書

〒755-0241
山口県宇部市東岐波 6 8 5

独立行政法人 国立病院機構
山口宇部医療センター

地域医療連携室
電話 (0836)-58-4100

住所 〒 _____
医療機関名 _____
TEL・FAX _____
医師氏名 _____ 科 _____ 先生 _____

フリガナ			
患者氏名	男 ・ 女		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日 (歳)
現在の状況	入院中	外来通院中	その他 ()
傷病名(診断名)・主訴, 紹介目的 など			
希望受診科	内科新患外来 血液・腫瘍内科 呼吸器内科 内科 画像診断科 呼吸器外科 外科 消化器外科 乳腺・ 循環器内科 整形外科 緩和ケア内科 放射線科 (小児科) 精神科 英語外来 禁煙外来 アレルギー外来 症候群外来 睡眠時無呼吸 手掌多汗症外来 呼吸器ドック 中皮腫健診 肺癌・ 乳がん検診 オピオイド外来 セカンド		
ご希望の医師			
ご希望の受診日	平成	年	月 日 () 時

患者住所	〒 _____		
患者電話番号			
保険情報		公費負担受給者	
保険者番号		負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
負担	1割 2割 3割	有効期間	
本人・家族	本人 家族	その他	
被保険者氏名			
有効期間			

ご記入後、0836-58-2938 まで FAX をお願いします。

FAX 受診後、「診療予約票」をお送りいたします。
 保険情報は、カルテ表紙の写しや医事画面の印刷等でも構いません。
 なお、ご不明な点がございましたら地域医療連携室までご連絡下さい。