

(様式1)

診療申込書(紹介患者用)

1:登録(新規) 2:変更(再登録・兼科・保険追加)

平成 年 月 日

岩手県立江刺病院

(TEL 0197-35-2181<代表>)

内線121又はPHS781

(FAX 0197-48-2281(連携室直通))

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

太線の枠内をご記入し、診療情報提供書を添えてFAXでご送付ください。

受診希望日または予定日												平成		年		月		日		(曜日)	
受診希望科 (希望する診療科 に○印を付けて ください。)	11	12	15	24	15	14	19	23	25	27	33										
	消化器科	循環器科	外科	泌尿器科	脳神経外科	小児科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	リハビリテーション科										
(フリガナ)							性別 男・女	*外科特記事項													
患者氏名								撮影方法		撮影部位											
								CT・MRI													
住所	〒																				
電話番号	自宅 ()						携帯 ()														
生年月日	明・大・昭・平				年	月		日		年齢	歳										
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()																				
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他()																				

※ 下記の欄は保険証のコピーまたは貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。

保険区分	主 保 険				後 期 高 齢 者				その他公費・互助会等			
保険者番号					3 9							
記号					受給者番号							
番号												
本人・家族別	本人・家族				負担割合 1割・割				本人・家族			
資格取得日	年 月 日				年 月 日				年 月 日			
有効期限	年 月 日				年 月 日				年 月 日			
備考												

紹介元医療機関の所在地	

名 称	

医師氏名	

電話番号	FAX

※1 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入ください。

H30.4

※2 交通事故、労災で受診される場合は、備考欄にその旨をご記入ください。

※3 緊急性がある患者様の紹介(当日紹介)につきましては、希望診療科の医師へ電話連絡後、FAX送付をお願いします。