（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）

□□□－□□□□－□

太線の枠内を記入し、診療情報提供書を添えてFAXでご送付ください。

令和　　年　　月　　日

岩手県立江刺病院

TEL　0197-35-2181（代表）
内線　185　・　PHS　774
FAX　0197-48-2281（地域医療福祉連携室直通）

希望受診日	令和　　年　　月　　日（　　曜日）　・　希望日なし													
受診希望科 （希望する診療科に○印を付けてください）														
	呼吸器外来	消化器内科	循環器内科	外科	地域医療科	泌尿器科	腎臓内科（透析）	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	もの忘れ外来（リハビリテーション科）
	担当医師へ電話連絡　　済　・　未													

放射線科　特記事項	【検　査】		【撮影部位】	eGFR値	予約時間
	CT	MRI			
	単純・造影	単純・MRCP・造影		※造影剤使用の方は、可能な限り直近3ヶ月以内のeGFR値について添付お願いします。	：

（フリガナ）		性別	男　・　女
患者氏名			
住所	〒□□□　□□□□		
電話番号	自宅　（　　）	携帯　（　　）	
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	年齢　　歳	
紹介目的	□ 精査　□ 加療　□ 手術　□ 入院 □ その他　（　　）		
来院方法	□ 救急車　□ 自家用車　□ 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			
記号			
番号			
本人・家族	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　（　　）

2025年4月

※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。
※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。