

診療申込書 (紹介患者用)

岩手県立二戸病院

1: 登録 (新規) 2: 変更 ()

FAX 0195-23-6638

TEL 0195-23-2191

地域医療連携室 (内線 5112)

□□□□ - □□□□□□ - □□

受診 希望日	第1希望日	年	月	日 ()	今週	来週	当日	予約不要											
	第2希望日	年	月	日 ()	緊急	(救急車 それ以外)													
【当日受診の場合は担当医師への電話連絡 済 ・ 無】																			
受診希望科 (希望する科に○印をつけてください。)	11	12	37	14	15	19	20	25	27	28	02	24	29	10	15				
	消化器内科	循環器内科	神経内科	小児科	外科	整形外科	脳神経外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	血液内科	泌尿器科	放射線科	呼吸器内科	乳腺外来				
(ふりがな)												旧	姓	1 男	入院(転院)の場合 予約連絡済				
患者氏名														2 女					
生年月日	明・大・昭・平							年			月			日					才

※下記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。

住 所	郵便番号	□□□□ - □□□□□□	市町村コード	
電話番号	自宅	()	呼出	()
勤務先	電話番号 ()			
被保険者氏名			被保険者との続柄	
保険区分	主保険 (国保・社保)	後期高齢者・高齢者保険	その他公費負担医療	
保険者番号	3 9			
記 号	受給者番号			
番 号				
本人家族別	1 本人・2 家族	負担割合	1割・2割・3割	1 本人・2 家族
資格取得	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
有効期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
在宅時医学総合管理料の算定 有 (年 月 日) ・ 無				
備 考				

※紹介確認書をFAX送信しますので、以下は必ずご記入下さい。

紹介元医療機関の所在地	
名 称	
医師氏名	
電話番号	() FAX ()

- ※ 診療申込書に診療情報提供書を添付のうえ FAX 送信してください。
- ※ 当日の紹介に関しては、希望診療科へお電話した上で FAX をお願いします。
- ※ 夜間・休日・時間外の急患については急患室まで電話連絡をお願いします。

確認書送付