

(様式1)

# 診療申込書 (紹介患者用)

□□□□ □□□□ □□

1:新規 2:変更

平成 年 月 日  
岩手県立胆沢病院  
FAX 0197-24-4180(紹介センター専用)  
TEL 0197-24-4121(内線1027・1058)

◆ 診療情報提供書を併せてFAX送信してください。

フリガナ		旧姓		性別	
患者氏名				男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳 )
住所	〒 (岩手県・ 県) (奥州市・金ヶ崎町・ 市・郡)				
電話番号	自宅 ( )	携帯電話	( )		

【保険情報】 保険証の写し、または保険情報が確認できるものを併せてFAX送信してください。

受診希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 平成 年 月 日 ( ) 医師希望 <input type="checkbox"/> 当日紹介(緊急紹介) 医師連絡済 <b>※ 当日紹介(緊急紹介)の場合は、希望診療科の医師へ電話連絡後、併せてFAX送付をお願いします。</b>																																																																													
希望受診科に○	<table border="1"> <tr> <td>★印の診療科を希望の場合、平日8:30~17:15の回答になります。ご了承ください。</td> <td>総合診療科</td> <td>総合内科</td> <td>呼吸器内科</td> <td>消化器内科</td> <td>循環器内科</td> <td>動脈硬化外来</td> <td>心臓細動・心房細動・心臓硬化外来</td> <td>★血液内科</td> <td>★禁煙外来</td> <td>★腎臓外来</td> <td>もの忘れ外来</td> <td>★小児科</td> <td>★小児心臓科</td> <td>★心臓外科</td> <td>外科</td> <td>乳腺外来</td> <td>血管外来</td> <td>甲狀腺外来</td> <td>★リンパ浮腫外来</td> <td>★緩和ケア外来</td> <td>整形外科</td> <td>脳神経外科</td> <td>呼吸器外科</td> <td>皮膚科</td> <td>泌尿器科</td> <td>★腎移植外来</td> <td>婦人科</td> <td>眼科</td> <td>耳鼻咽喉科</td> <td>★放射線科</td> <td>麻酔科</td> </tr> <tr> <td></td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>火・木</td> <td>火・木</td> <td>水</td> <td>火</td> <td>火</td> <td>月・水</td> <td>月々金</td> <td>第1木</td> <td>月々金</td> <td>第1・3・5水</td> <td>月・水・木</td> <td>要相談 火・月・水・金</td> <td>火・月・水・木</td> <td>第1・3木</td> <td>月々水・金</td> <td>月々水・金</td> <td>月々水・金</td> <td>火・木</td> <td>月・火・木・金</td> <td>月々水・金</td> <td>火</td> <td>木</td> <td>水・金</td> <td>月・水・金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> </tr> </table>														★印の診療科を希望の場合、平日8:30~17:15の回答になります。ご了承ください。	総合診療科	総合内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	動脈硬化外来	心臓細動・心房細動・心臓硬化外来	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	もの忘れ外来	★小児科	★小児心臓科	★心臓外科	外科	乳腺外来	血管外来	甲狀腺外来	★リンパ浮腫外来	★緩和ケア外来	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	★腎移植外来	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	★放射線科	麻酔科		月々金	月々金	月々金	月々金	月々金	火・木	火・木	水	火	火	月・水	月々金	第1木	月々金	第1・3・5水	月・水・木	要相談 火・月・水・金	火・月・水・木	第1・3木	月々水・金	月々水・金	月々水・金	火・木	月・火・木・金	月々水・金	火	木	水・金	月・水・金	月々金	月々金
★印の診療科を希望の場合、平日8:30~17:15の回答になります。ご了承ください。	総合診療科	総合内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	動脈硬化外来	心臓細動・心房細動・心臓硬化外来	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	もの忘れ外来	★小児科	★小児心臓科	★心臓外科	外科	乳腺外来	血管外来	甲狀腺外来	★リンパ浮腫外来	★緩和ケア外来	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	皮膚科	泌尿器科	★腎移植外来	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	★放射線科	麻酔科																																															
	月々金	月々金	月々金	月々金	月々金	火・木	火・木	水	火	火	月・水	月々金	第1木	月々金	第1・3・5水	月・水・木	要相談 火・月・水・金	火・月・水・木	第1・3木	月々水・金	月々水・金	月々水・金	火・木	月・火・木・金	月々水・金	火	木	水・金	月・水・金	月々金	月々金																																															
	総合診療科は事前FAX予約のみとなります。 総合内科は当日紹介(緊急紹介)のみとなります。 眼科の水曜日は白内障手術の紹介のみ 眼科の金曜日は白内障手術以外の紹介のみ																																																																													
★放射線科特記事項	撮影方法 : <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ 骨・その他( ) 撮影部位 :																																																																													
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 入院(転院) 科 医師連絡済 <b>※ 入院(転院)の場合は、希望診療科の医師へ電話連絡後、併せてFAX送付をお願いします。</b>																																																																													
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																																													
当院受診時、貴院に入院中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【入院基本料】 【DPC・出来高】																																																																													
医師コメント	(診療情報提供書を同時にお送りいただく場合には、記載いただかなくて結構です)																																																																													
備考																																																																														

◆ 紹介確認書をFAX送信しますので、以下は必ずご記入ください。

医療機関名	
所在地	
医師氏名	
電話番号	( ) FAX ( )

注1. FAX受付時間は平日8:30~19:00、土日祝日8:30~17:15となります。受付時間以外のFAXは翌平日の回答となります。  
注2. 時間外・休日のご紹介は、中央処置室へお電話をお願いします。