

(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 ※ 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。																																																															
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・心臓細動・心臓細動・心臓細動</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>★小児科(小児科)</td> <td>★心臓外科</td> <td>外科</td> <td>乳腺外来</td> <td>血管外来</td> <td>甲状腺外来</td> <td>★リンパ腫外来</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・金</td> <td>月・金</td> <td>月・金</td> <td>月・金</td> <td>月・金</td> <td>火・木</td> <td>火・木</td> <td>水</td> <td>火</td> <td>月・水</td> <td>月・金</td> <td>第1木</td> <td>月・金</td> <td>第1・3・5水</td> <td>月・水・木</td> <td>要相談</td> <td>火(月水金は要相談)</td> <td>月・水・木</td> <td>第1・3木</td> <td>月・水・金</td> <td>月・水・金</td> <td>火・木</td> <td>月・火・木・金</td> <td>月・水・金</td> <td>火</td> <td>木</td> <td>水・金</td> <td>月・水・金</td> <td>月・金</td> <td>月・金</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> 総合診療科は事前FAX予約のみとなります。 <input type="checkbox"/> 総合内科は当日紹介(緊急紹介)のみとなります。 <input type="checkbox"/> 眼科の水曜日は白内障手術の紹介のみ <input type="checkbox"/> 眼科の金曜日は白内障手術以外の紹介のみ </p>		★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・心臓細動・心臓細動・心臓細動	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	もの忘れ外来	★小児科	★小児科(小児科)	★心臓外科	外科	乳腺外来	血管外来	甲状腺外来	★リンパ腫外来	★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・金	月・金	月・金	月・金	月・金	火・木	火・木	水	火	月・水	月・金	第1木	月・金	第1・3・5水	月・水・木	要相談	火(月水金は要相談)	月・水・木	第1・3木	月・水・金	月・水・金	火・木	月・火・木・金	月・水・金	火	木	水・金	月・水・金	月・金	月・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・心臓細動・心臓細動・心臓細動	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	もの忘れ外来	★小児科	★小児科(小児科)	★心臓外科	外科	乳腺外来	血管外来	甲状腺外来	★リンパ腫外来	★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・金	月・金	月・金	月・金	月・金	火・木	火・木	水	火	月・水	月・金	第1木	月・金	第1・3・5水	月・水・木	要相談	火(月水金は要相談)	月・水・木	第1・3木	月・水・金	月・水・金	火・木	月・火・木・金	月・水・金	火	木	水・金	月・水・金	月・金	月・金																																		
★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 ※ 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。																																																															
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？ 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)	いいえ・はい 【入院基本料】 【DPC・出来高】																																																															
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。