

(様式1)

診療申込書 (紹介患者用)

□□□□ □□□□ □□

1:新規 2:変更

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			性別
患者氏名		旧姓	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 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 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>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・心房細動・動脈硬化外来</td> <td>★血液内科</td> <td>★禁煙外来</td> <td>★腎臓外来</td> <td>◆脳神経内科</td> <td>もの忘れ外来</td> <td>★小児科</td> <td>★心臓外科(小児科)</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>★リンパ浮腫外来</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> <td>★緩和ケア外来</td> </tr> <tr> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>火々木</td> <td>火木</td> <td>水</td> <td>火</td> <td>月木</td> <td>月水</td> <td>月々金</td> <td>第1木</td> <td>月火木金</td> <td>第1 3 5 水</td> <td>木・第2 4 水・相談)</td> <td>月水木</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>月々水・金</td> <td>月々水・金</td> <td>月々金</td> <td>第1 3 金</td> <td>第1 3 金</td> </tr> </table> <p>総合診療科は事前FAX予約のみとなります。 眼科の水曜日は白内障手術の紹介のみ 総合内科は当日紹介(緊急紹介)のみとなります。 眼科の金曜日は白内障手術以外の紹介のみ</p>		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・心房細動・動脈硬化外来	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	◆脳神経内科	もの忘れ外来	★小児科	★心臓外科(小児科)	外科	乳腺外来	血管外来	甲状腺外来	★リンパ浮腫外来	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	★緩和ケア外来	月々金	月々金	月々金	月々金	火々木	火木	水	火	月木	月水	月々金	第1木	月火木金	第1 3 5 水	木・第2 4 水・相談)	月水木	月々水・金	月々水・金	火木	月火木金	月々水・金	火	木	水金	月々水・金	月々水・金	月々金	第1 3 金	第1 3 金
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・心房細動・動脈硬化外来	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	◆脳神経内科	もの忘れ外来	★小児科	★心臓外科(小児科)	外科	乳腺外来	血管外来	甲状腺外来	★リンパ浮腫外来	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	★緩和ケア外来																																
月々金	月々金	月々金	月々金	火々木	火木	水	火	月木	月水	月々金	第1木	月火木金	第1 3 5 水	木・第2 4 水・相談)	月水木	月々水・金	月々水・金	火木	月火木金	月々水・金	火	木	水金	月々水・金	月々水・金	月々金	第1 3 金	第1 3 金																																	
★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?	<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)																																																													
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。