

(様式1)
診療申込書 (紹介患者用)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1:新規 2:変更

令和 年 月 日

岩手県立胆沢病院

FAX 0197-24-4180(紹介センター専用)

TEL 0197-48-0881(紹介センター直通)

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・令	年	月	日 (歳)
住所	〒 (岩手県・ 県) (奥州市・金ケ崎町・ 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 令和 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、該当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>呼吸器内科</td><td>消化器内科</td><td>循環器内科</td><td>★血液内科</td><td>★禁煙外来</td><td>◆脳神経内科</td><td>腎臓内科</td><td>膠原病外来</td><td>★もの忘れ外来</td><td>小児科</td><td>★(小児科)心臓外科</td><td>外科</td><td>血管外科</td><td>★リンパ浮腫外来</td><td>乳腺外来</td><td>甲状腺外来</td><td>ヘルニア外来</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>★シヤント外来</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>◆印の診療科を希望する場合は、専門医からの紹介のみとなります。ご了承ください。</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>水</td><td>月木</td><td>月火</td><td>金</td><td>月水</td><td>月々金</td><td>第1木</td><td>月火木金</td><td>月・水・第2木</td><td>月水</td><td>水</td><td>火</td><td>木</td><td>月々水・金</td><td>火水木</td><td>火木</td><td>月火木金</td><td>月々水・金</td><td>月々金</td><td>木</td><td>木</td><td>水木</td><td>月・水・金</td><td>木</td><td>月々金</td><td>第135金</td></tr></table> <p>眼科の水曜日は白内障手術の紹介のみ 眼科の木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	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	★血液内科	★禁煙外来	◆脳神経内科	腎臓内科	膠原病外来	★もの忘れ外来	小児科	★(小児科)心臓外科	外科	血管外科	★リンパ浮腫外来	乳腺外来	甲状腺外来	ヘルニア外来	★整形外科	★脳神経外科	呼吸器外科	★皮膚科	泌尿器科	★シヤント外来	★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	◆印の診療科を希望する場合は、専門医からの紹介のみとなります。ご了承ください。	月々金	月々金	月々金	月々金	火木	水	月木	月火	金	月水	月々金	第1木	月火木金	月・水・第2木	月水	水	火	木	月々水・金	火水木	火木	月火木金	月々水・金	月々金	木	木	水木	月・水・金	木	月々金	第135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	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	★血液内科	★禁煙外来	◆脳神経内科	腎臓内科	膠原病外来	★もの忘れ外来	小児科	★(小児科)心臓外科	外科	血管外科	★リンパ浮腫外来	乳腺外来	甲状腺外来	ヘルニア外来	★整形外科	★脳神経外科	呼吸器外科	★皮膚科	泌尿器科	★シヤント外来	★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																																			
◆印の診療科を希望する場合は、専門医からの紹介のみとなります。ご了承ください。	月々金	月々金	月々金	月々金	火木	水	月木	月火	金	月水	月々金	第1木	月火木金	月・水・第2木	月水	水	火	木	月々水・金	火水木	火木	月火木金	月々水・金	月々金	木	木	水木	月・水・金	木	月々金	第135金																																			
CT・MRI等の検査依頼	※放射線科以外の該当診療科へ紹介してください。 ※予約日に「診察」「検査予約」を行い、後日「検査」を実施します。 撮影部位: 撮影方法: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ 骨・その他()																																																																	
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、該当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?	いいえ・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。