（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 患者氏名		旧姓	性別 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	☐ なし　☐ あり　令和　　年　　月　　日（　　）　　医師希望 ☐ 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○ ★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。 ◆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。	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	★心臓外来（小児科）	外科	血管外来	★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	皮膚科	泌尿器科	★シャント外来	★腎移植外来	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	呼吸器外科	★緩和ケア外来
	月～木	月火木金	月～金	月～金	火木	水	月木	月火	月	月水	月～金	第1木	火木金	月・水・第2木	月水	月水	火	火	月～水・金	火水木	水	月～金	月～金	木	木	水木	月・水～金	木	月～金	火木	第1・3・5金
	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																													
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: ☐ CT　☐ MRI ☐ シンチ　骨・その他（　　）																													
紹介目的	☐ 精査 ☐ 加療 ☐ 手術 ☐ その他（　　） ☐ 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	☐ 救急車　☐ 自家用車　☐ 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。

2025.4.1