

診療申込書（紹介患者用）

[illegible]

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 ()		

保険情報が確認できるものを併せてFAX送信してください。

[illegible]

◆ 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。

2025.5.1