

(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			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○																															
★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	月	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
	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: <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。受付時間以外ので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。