

(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			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。

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><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>◆脳神経内科</td><td>呼吸器内科</td><td>消化器内科</td><td>循環器内科</td><td>★減量サポート外来</td><td>★血液内科</td><td>★禁煙外来</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>★心臓外来(小児科)</td><td>外科</td><td>血管外来</td><td>乳腺外来</td><td>甲状腺外来</td><td>★整形外科</td><td>★脳神経外科</td><td>皮膚科</td><td>泌尿器科</td><td>★シャント外来</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>★呼吸器外科</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>月木</td><td>月木</td><td>月火木金</td><td>月火金</td><td>月火金</td><td>月火木</td><td>火木</td><td>水</td><td>月火</td><td>月</td><td>月水</td><td>月火金</td><td>第1木</td><td>火木金</td><td>月・水・第2木</td><td>月水</td><td>火</td><td>月火水・金</td><td>火水木</td><td>水</td><td>月火金</td><td>月火金</td><td>木</td><td>木</td><td>水木</td><td>月・水・金</td><td>木</td><td>月火金</td><td>火木</td><td>第135金</td></tr><tr><td colspan="32">水曜日は白内障手術の紹介のみ 木曜日は白内障手術以外の紹介のみ</td></tr></table>		★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	◆脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	★減量サポート外来	★血液内科	★禁煙外来	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	乳腺外来	甲状腺外来	★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	◆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。	月木	月木	月火木金	月火金	月火金	月火木	火木	水	月火	月	月水	月火金	第1木	火木金	月・水・第2木	月水	火	月火水・金	火水木	水	月火金	月火金	木	木	水木	月・水・金	木	月火金	火木	第135金	水曜日は白内障手術の紹介のみ 木曜日は白内障手術以外の紹介のみ																															
★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	◆脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	★減量サポート外来	★血液内科	★禁煙外来	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	乳腺外来	甲状腺外来	★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																																																																		
◆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。	月木	月木	月火木金	月火金	月火金	月火木	火木	水	月火	月	月水	月火金	第1木	火木金	月・水・第2木	月水	火	月火水・金	火水木	水	月火金	月火金	木	木	水木	月・水・金	木	月火金	火木	第135金																																																																		
水曜日は白内障手術の紹介のみ 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 いただくことなく 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。 2026.2.1