

(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・金ヶ崎町・ 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	◆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
	月木	月木	月木	月火	月金	月	火木	水	月火	月	月水	月金	第1木	火木	月木	月水	火	月水	火水木	水	月金	木	木	水木	月・水木	木	月火	第1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・休日の紹介は、中央処置室へお電話をお願いします。

2026.2.1