

(様式1)

診療申込書（紹介患者用）

1:新規 2:変更

◆ 診療情報提供書と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。

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)

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	〒			
電話番号	自宅 ()		携帯電話 ()	

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○	★総合診療科	★呼吸器内科	★肺N T M 外来	★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	◆脳神経内科	★腎臓内科	★膠原病外来	★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	★呼吸器外科	★緩和ケア外来
★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。	月水木金	月金	火木	月金	月金	火木	火木	水	月木	月木	月木	月木	偶数月の第1木	月火木金	月水・第2木	月水	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135金
◆印の診療科を希望する場合、専門医からの紹介のみとなります。ご了承ください。																														
	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: ☐ 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は、記載いただくなくて結構です)																														
備考																														

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。 2026.10.1