

診 療 申 込 書

年 月 日

岩手県立千厩病院 地域医療福祉連携室あて
FAX 0191-52-3478

受診予定日		年 月 日 () ・ 未定															
○印を付けてください																	
希望受診科 ※ ■ は完全予約制 ※ 新患は予約不要です	診療科	総合診療内科	消化器内科	循環器内科	心臓血管外科	小児科	総合診療外科	乳腺外来	整形外科	泌尿器科	脳神経外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	脳神経内科	呼吸器内科	皮膚科
	月	午前	午前	-	-	-	午前	-	午前	午前	-	-	-	-		-	-
	火	午前	午前	-	-	-	午前	午前	午後	午後	-	-	-	午後		-	-
	水	午前	午前	-	-	-	午前	-	午後	午後	-	-	-	午後		-	-
	木	午前	午前	-	-	-	午前	-	-	-	-	-	-	-		午後	午前
	金	午前	午前	午後	午後	-	午前	-	午後	午後	-	-	-	午後		-	-
	医師希望 連絡 (済 ・ 未)																
紹介目的	外来 ・ 入院 ※緊急の場合は担当医へ直接ご連絡後、FAX送信をお願いします。																
病名など	※診療情報提供書を添付いただく場合は記載不要です。																
画像提供	あり (CD-R ・ 連携BOX ・ その他) ・ なし																
交通手段	救急車 ・ 自家用車 ・ その他 ()																

(ID :)

ふりがな											男 ・ 女
患者氏名											
生年月日	大・昭・平・令	年			月			日			歳
住所	〒 -										
電話番号	自宅										
	携帯電話										
当院受診歴	なし ・ あり (年 月頃 科) ・ 不明										

医療機関名										
住所										
担当医名										
電話番号										
FAX番号										

※ この用紙に診療情報提供書・保険情報を添付の上、FAXでご送信ください。
 ※ 完全予約制の診療科につきましては予約票をお送りいたします。
 ※ お急ぎの場合はお電話にてご連絡ください。(後日のご連絡となる場合があります。)