

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 医師希望 連絡 (済 ・ 未) ※救急を含む当日受診の場合は 担当医へ直接ご連絡後、 FAX送信をお願いします。																	
○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	-	-	-	-	-	-	-	
	火	午前	-	-	-	-	午前	午前 <small>第1・3・5</small>	午後	午前	-	-	-	午後 <small>予約不可</small>	-	-	-	-
	水	午前	午前	午前 <small>第1・3</small>	-	-	-	午前	-	午前	午前	-	-	午前	-	-	-	-
	木	午前	午前	-	-	-	-	午後	-	午後	-	-	-	-	-	-	-	午後
	金	午前	午前	午前 <small>第1・3・5</small>	午前 <small>第1・3・5</small>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	金	-	-	午後 <small>第2・4</small>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	午後 <small>第1・3・5</small>	-	-	-	-
紹介目的	外来 ・ 入院																	
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 患者氏名				男 ・ 女	
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。) 2024.11改