

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------|-------|-------|--------|-----|--------|------|------|------|-------|-----|----|-------|-------|-------|-----|---|
| 受診希望日 | 年 月 日 () ・ 未定 医師希望 連絡 (済 ・ 未) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※当日受診(救急を含む)の場合は、 <u>担当医へ電話連絡後</u> 、FAX送信をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○印を付けてください | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 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 | 婦人科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 脳神経内科 | 呼吸器内科 | 皮膚科 | |
| | 希望受診科 | 月 | 午前 | 午前 | - | - | - | 午前 | - | - | 午前 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 火 | 午前 | 午前 | - | - | - | 午前 | 午前 | - | - | 午前 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 水 | 午前 | 午前 | - | - | - | 午前 | - | - | - | 午前 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 木 | 午前 | 午前 | - | - | - | 午前 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 金 | 午前 | 午前 | - | - | - | 午前 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | 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。)