

# 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		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	-	-	-	-	-	-		
	-	-	午後 第2・4	-	-	-	-	-	-	午後	-	午後 予約不可	-	-	-			
	火	午前	-	-	-	-	午前 第1・3・5	午前	-	午前	-	-	-	午前	-	-		
	-	-	午後	-	-	-	-	午後	-	-	-	午後 予約不可	-	-	-	-		
	水	午前	午前 第1・3	午前	-	-	午前	-	午前 第2・4	午前 第2・4	-	-	午前	-	-	-		
	-	-	-	-	-	-	-	午後 第4	-	-	-	-	-	-	-	-		
※ <span style="background-color: #cccccc;">■</span> は完全予約制	木	午前	午前	-	-	-	午前	-	午前	-	-	-	-	-	-	午前		
	-	-	午後 予約不可	-	午後	-	-	-	-	-	-	-	-	-	午後			
金	午前	午前	午前 第1・3・5	-	午前	-	-	午前	-	-	-	午前	-	-	-			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	午後 第1・3・5	-	-	-	-	-			
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 : )

心りがな				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。) 2025.12改