

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																	
希望受診科	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
	月	午前 -	午前 -	- 午後 第2・4	- -	- -	午前 -	- -	- -	午前 -	- 午後	- -	- 午後 予約不可	- -	- -	- -	- -
	火	午前 -	- -	- 午後	- -	- -	午前 -	午前 第1・3・5 -	- 午後	午前 -	- -	- -	- 午後 予約不可	午前 -	- -	- -	- -
	水	午前 -	午前 -	午前 第1・3 -	- -	- -	午前 -	- -	午前 第2・4 午後 第4	午前 第2・4 -	- -	- -	午前 -	- -	- -	- -	- -
	木	午前 -	午前 -	- 午後 予約不可	- -	- 午後	午前 -	- -	- -	午前 -	- -	- -	- -	- -	- -	- 午後	午前 -
	金	午前 -	午前 -	午前 -	午前 第1・3・5 -	- -	午前 -	- -	- -	午前 -	- -	- -	- 午後 第1・3・5	午前 -	- -	- -	- -
	土																
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。) 2025.12改