

(様式1)

# 診療申込書 (紹介患者用)

□□□□ □□□□ □□

1:新規 2:変更

年 月 日

岩手県立胆沢病院

FAX 0197-24-4180(紹介センター専用)

TEL 0197-24-4121(内線1027・1058)

◆ 診療情報提供書を併せてFAX送信してください。

フリガナ		旧姓		性別
患者氏名				男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳 )
住所	〒 (岩手県・ 県) (奥州市・金ヶ崎町・ 市・郡)			
電話番号	自宅 ( )	携帯電話	( )	

【保険情報】 保険証の写し、または保険情報が確認できるものを併せてFAX送信してください。

受診希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 ( ) 医師希望																																																															
希望受診科に○	<input type="checkbox"/> 当日紹介(緊急紹介) 医師連絡済 ※ 当日紹介(緊急紹介)の場合は、希望診療科の医師へ電話連絡後、併せてFAX送付をお願いします。																																																															
★印の診療科を希望の場合、平日8:30~17:15の回答になります。ご了承ください。 ◆印の診療科を希望する場合は、専門医からの紹介のみとなります。ご了承ください。	<table border="1"> <tr> <td>総合診療科</td> <td>総合内科</td> <td>呼吸器内科</td> <td>消化器内科</td> <td>循環器内科</td> <td>動脈硬化・心臓細動・心臓外科</td> <td>★血液内科</td> <td>★禁煙外来</td> <td>★腎臓外来</td> <td>◆脳神経内科</td> <td>もの忘れ外来</td> <td>★小児科</td> <td>★心臓外科(小児科)</td> <td>外科</td> <td>乳腺外来</td> <td>血管外来</td> <td>甲状腺外来</td> <td>★リンパ浮腫外来</td> <td>整形外科</td> <td>脳神経外科</td> <td>呼吸器外科</td> <td>★皮膚科</td> <td>泌尿器科</td> <td>★シヤント外来</td> <td>★腎移植外来</td> <td>婦人科</td> <td>眼科</td> <td>耳鼻咽喉科</td> <td>★放射線科</td> <td>麻酔科</td> <td>★緩和ケア外来</td> </tr> <tr> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>月々金</td> <td>火々金</td> <td>火木</td> <td>水</td> <td>火水</td> <td>火水</td> <td>月木</td> <td>月水</td> <td>月々金</td> <td>第1木</td> <td>月火木金</td> <td>第13水</td> <td>木・第24水・</td> <td>火</td> <td>月水木</td> <td>月々水・金</td> <td>月々水・金</td> <td>火木</td> <td>月火木金</td> <td>月々水・金</td> <td>月々金</td> <td>火</td> <td>木</td> <td>水金</td> <td>月々水・金</td> <td>月火木金</td> <td>月々金</td> <td>第13金</td> </tr> </table>	総合診療科	総合内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	動脈硬化・心臓細動・心臓外科	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	◆脳神経内科	もの忘れ外来	★小児科	★心臓外科(小児科)	外科	乳腺外来	血管外来	甲状腺外来	★リンパ浮腫外来	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	★皮膚科	泌尿器科	★シヤント外来	★腎移植外来	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	★放射線科	麻酔科	★緩和ケア外来	月々金	月々金	月々金	月々金	火々金	火木	水	火水	火水	月木	月水	月々金	第1木	月火木金	第13水	木・第24水・	火	月水木	月々水・金	月々水・金	火木	月火木金	月々水・金	月々金	火	木	水金	月々水・金	月火木金	月々金	第13金	総合診療科は事前FAX予約のみとなります。 総合内科は当日紹介(緊急紹介)のみとなります。 眼科の水曜日は白内障手術の紹介のみ 眼科の金曜日は白内障手術以外の紹介のみ
総合診療科	総合内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	動脈硬化・心臓細動・心臓外科	★血液内科	★禁煙外来	★腎臓外来	◆脳神経内科	もの忘れ外来	★小児科	★心臓外科(小児科)	外科	乳腺外来	血管外来	甲状腺外来	★リンパ浮腫外来	整形外科	脳神経外科	呼吸器外科	★皮膚科	泌尿器科	★シヤント外来	★腎移植外来	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	★放射線科	麻酔科	★緩和ケア外来																																		
月々金	月々金	月々金	月々金	火々金	火木	水	火水	火水	月木	月水	月々金	第1木	月火木金	第13水	木・第24水・	火	月水木	月々水・金	月々水・金	火木	月火木金	月々水・金	月々金	火	木	水金	月々水・金	月火木金	月々金	第13金																																		
★特記事項	撮影方法 : <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ 骨・その他( ) 撮影部位 :																																																															
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 入院(転院) 科 医師連絡済 ※ 入院(転院)の場合は、希望診療科の医師へ電話連絡後、併せてFAX送付をお願いします。																																																															
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																																															
当院受診時、貴院に入院中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【入院基本料】 【DPC・出来高】																																																															
医師コメント (診療情報提供書を同時にお送りいただく場合には、記載いただかなくて結構です)																																																																
備考																																																																

◆ 紹介確認書をFAX送信しますので、以下は必ずご記入ください。

医療機関名	
所在地	
医師氏名	
電話番号	( ) FAX ( )

注1. FAX受付時間は平日8:30~19:00、土日祝日8:30~17:15となります。受付時間以外のFAXは翌平日の回答となります。

注2. 時間外・休日のご紹介は、中央処置室へお電話をお願いします。