

(様式1)

診療申込書（紹介患者用）

1:新規 2:変更

令和 年 月 日

岩手県立胆沢病院

FAX 0197-24-4180(紹介センター専用)

TEL 0197-48-0881(紹介センター直通)

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		姓		男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日(歳)
住所	〒 (岩手県・ 県) (奥州市・金ケ崎町・ 市・郡)			
電話番号	自宅 () 携帯電話 ()			

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	☐ なし ☐ あり 令和 年 月 日 () 医師希望																													
	☐ 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、該当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。																													
希望受診科に○	総合診療科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	★血液内科	★禁煙外来	◆脳神経内科	腎臓内科	膠原病外来	★もの忘れ外来	小児科	★(小児科外来)	外科	血管外来	乳腺外来	甲状腺外来	ヘルニア外来	★整形外科	★脳神経外科	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	呼吸器外科	★緩和ケア外来
★印の診療科を希望する場合は、平日8:30～17:15の回答になります。ご了承ください。	月々木	月火木金	月々金	月々金	火木	水	月木	月火	月	月水	月々金	第1木	火木金	月・水・木第2木	月水	火	火	月々水・金	火水木	水	月々金	月々金	木	木	水木	月・水・金	木	月々金	火木	第135金
◆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。																														
	眼科の水曜日は白内障手術の紹介のみ 眼科の木曜日は白内障手術以外の紹介のみ																													
CT・MRI等の検査依頼	※放射線科以外の該当診療科へ紹介してください。 ※予約日に「診察」「検査予約」を行い、後日「検査」を実施します。																													
	撮影部位: 撮影方法: ☐ CT ☐ MRI ☐ シンチ 骨・その他()																													
紹介目的	☐ 精査 ☐ 加療 ☐ 手術 ☐ その他()																													
	☐ 入院(転院) 科 医師連絡済																													
	※ 入院(転院)の場合は、該当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	☐ 救急車 ☐ 自家用車 ☐ その他 ()																													
当院受診時、貴院に入院中ですか?	いいえ ・ 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、記載いただくことなく結構です)																														
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。

2025.5.1