

診療申込書（紹介患者用）

[illegible]

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 ・ 金ヶ崎町 ・ 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      令和      年      月      日      (      )      医師希望																																																																													
	<input type="checkbox"/> 当日紹介(緊急紹介)      医師連絡済 <b>※ 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。</b>																																																																													
希望受診科に○	<table border="1"> <tr> <td>★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。</td> <td>◆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。</td> <td>総合診療科</td> <td>★脳神経内科 (脳神経内科疾患)</td> <td>◆脳神経内科</td> <td>呼吸器内科</td> <td>消化器内科</td> <td>循環器内科</td> <td>★減量サポート外来</td> <td>★血液内科</td> <td>★禁煙外来</td> <td>腎臓内科</td> <td>膠原病外来</td> <td>★もの忘れ外来</td> <td>小児科</td> <td>★心臓外来(小児科)</td> <td>外科</td> <td>血管外来</td> <td>乳腺外来</td> <td>甲状腺外来</td> <td>★整形外科</td> <td>★脳神経外科</td> <td>皮膚科</td> <td>泌尿器科</td> <td>★シャント外来</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>呼吸器外科</td> <td>★緩和ケア外来</td> </tr> <tr> <td>当日紹介のみ</td> <td>月木</td> <td>月木</td> <td>月火木金</td> <td>月火金</td> <td>月火金</td> <td>月火</td> <td>火木</td> <td>水</td> <td>月火</td> <td>月</td> <td>月水</td> <td>月火</td> <td>月火</td> <td>月火</td> <td>第1木</td> <td>火木金</td> <td>月・水・第2木</td> <td>月水</td> <td>火</td> <td>月火水・金</td> <td>火水木</td> <td>水</td> <td>月火金</td> <td>月火金</td> <td>木</td> <td>木</td> <td>水木</td> <td>月火水・金</td> <td>木</td> <td>月火金</td> <td>火木</td> <td>第135金</td> </tr> </table>												★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。	総合診療科	★脳神経内科 (脳神経内科疾患)	◆脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	★減量サポート外来	★血液内科	★禁煙外来	腎臓内科	膠原病外来	★もの忘れ外来	小児科	★心臓外来(小児科)	外科	血管外来	乳腺外来	甲状腺外来	★整形外科	★脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	★シャント外来	★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	当日紹介のみ	月木	月木	月火木金	月火金	月火金	月火	火木	水	月火	月	月水	月火	月火	月火	第1木	火木金	月・水・第2木	月水	火	月火水・金	火水木	水	月火金	月火金	木	木	水木	月火水・金	木	月火金	火木	第135金
★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。	総合診療科	★脳神経内科 (脳神経内科疾患)	◆脳神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	★減量サポート外来	★血液内科	★禁煙外来	腎臓内科	膠原病外来	★もの忘れ外来	小児科	★心臓外来(小児科)	外科	血管外来	乳腺外来	甲状腺外来	★整形外科	★脳神経外科	皮膚科	泌尿器科	★シャント外来	★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																																														
当日紹介のみ	月木	月木	月火木金	月火金	月火金	月火	火木	水	月火	月	月水	月火	月火	月火	第1木	火木金	月・水・第2木	月水	火	月火水・金	火水木	水	月火金	月火金	木	木	水木	月火水・金	木	月火金	火木	第135金																																														
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>            脳神経内科は脳神経内科専門医からの紹介のみ            総合診療科は脳神経内科専門医以外からの紹介のみ         </div> <div>            水曜日は白内障手術の紹介のみ            木曜日は白内障手術以外の紹介のみ         </div> </div>																																																																													
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: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ    骨・その他(      )																																																																													
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 <b>※ 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。</b>																																																																													
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？	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。

2025.11.12