

(様式1)

令和 年 月 日

診療申込書 (紹介患者用)

岩手県立中央病院

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1: 登録 (新規)
2: 変更 (再登録・兼科・保険追加)

FAX 019-654-5052
TEL 019-653-1151 (内線) 2191
TEL 019-622-9996 (連携室直通)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 (<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 転医)	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
	<input type="checkbox"/> 入院 (転院)	科 _____ 医師連絡済
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

受診第1希望日 [無 ・ 有 (年 月 日 ())]
 受診第2希望日 [無 ・ 有 (年 月 日 ())]
 受診第3希望日 [無 ・ 有 (年 月 日 ())] _____ 医師希望

※受診希望科 希望科に○ 【当日受診：担当医師への電話連絡 済 () 医師 ・ 無】

01	02	44	11	36	14	19	37	20	12	18	10	35	21	15	32	23	27	31	28	24	03	03	42	92	92	25	25	29	09	
血液内科	総合診療科	糖尿病・内分泌内科	消化器内科	小児科	小児科	整形外科	脳神経内科	脳神経外科	循環器内科	心臓血管外科	呼吸器内科	呼吸器外科	形成外科	消化器外科	ペインクリニック科	皮膚科	眼科	歯科	口腔外科	耳鼻いんこう科	泌尿器科	腎臓内科	リウマチ科	がん化学療法科	乳腺外科	内分泌科	産科	婦人科	放射線科	女性外来

放射線科 予約内容 (必須) 放射線診断科: 診察・CT・MRI・PET-CT・シンチ【骨・その他()】撮影部位 ()
 放射線治療科: 診察 (照射・その他)

(ふ り が な) _____ (旧 姓) _____ 性 別 _____
 患 者 氏 名 _____ 1男・2女

生 年 月 日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

岩手県立中央病院を受診したことがありますか? はい () 科 ・ () 年頃 ・ いいえ

他県立病院を受診したことがありますか? はい () 病院 ・ () 年頃 ・ いいえ

貴院入院中の患者さんの場合の当院来院状況 [交通手段] 救急車 ・ 病院車 ・ 自家用車 ・ その他 ()
 [ストレッチャー使用] 有 ・ 無 [酸素使用] 有 ・ 無

※下記欄は保険証のコピーまたはカルテ表紙のコピーでもかまいません。

住 所	郵便番号 _____ - _____		
電 話 番 号	自宅 ()	携帯電話 ()	
勤 務 先	電話番号 ()		
被 保 険 者 氏 名	被保険者との続柄		
保 険 区 分	主保険 (国保 ・ 社保)	後期高齢者 ・ 高齢者保険	その他公費負担医療
保 険 者 番 号		3 9	
記 号	受給者番号		
番 号			
本 人 家 族 別	1 本人 ・ 2 家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
資 格 取 得	年 月 日	年 月 日	年 月 日
有 効 期 限	年 月 日	年 月 日	年 月 日
備 考			

※紹介確認書をFAX送信しますので、以下は必ずご記入下さい。

紹介元医療機関の所在地	
名 称	_____
医 師 氏 名	_____
電 話 番 号	() _____ FAX () _____

- 太線の枠内をご記入ください。
- 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入ください。交通事故等で受診される場合は備考欄にその旨をご記入ください。
- この診療申込書は、当院ホームページ (<http://www.chuo-hp.jp>) からダウンロードできます。