

(様式1-1)

診療申込書 (紹介患者用)

令和 年 月 日

岩手県立宮古病院

FAX 0193-63-6945

TEL 0193-62-4011(内線5954)

□□□□ - □□□□ - □

受診希望日 [無 ・ 有] 令和 年 月 日 ()																						
受診希望科 (希望する科に、○印をつけてください)	01	01	02	10	11	12	14	15	15	19	20	21	23	24	25	27	28	29	32	37	※当日受診希望で受付時間外のご紹介は、各診療科の医師に連絡をお願いします。 担当医師への連絡 未・済()医師	
	代糖 謝尿 科病	腎 内 科	血 液 内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	循 環 器 内 科	小 児 科	外 科	心 臓 血 管 外 科	整 形 外 科	脳 神 経 外 科	形 成 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	産 婦 人 科	眼 科	い 耳 ん こ う 科 鼻	放 射 線 科	麻 酔 科	脳 神 経 内 科		
(ふりがな)																						
患者氏名											1 男 2 女	コメント欄(予約希望について特記事項があれば記入願います)										
生年月日	明・大・昭・平・令										年										才	
みやこサーモンケアネットの登録										有 ・ 無												
※下記の欄は保険証のコピーまたは貴院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 ()																				備 考	
	携帯 ()																					
勤務先											電話番号											
被保険者氏名																						
保険区分	高齢受給者 ・ 後期高齢者																					
保険者番号																						
記 号																						
番 号																						
負担割合	1割										2割					3割						
区 分											区分 I	区分 II	一般適用 一般適用外									
本人家族別	1 本人 ・ 2 家族																					
資格取得	年 月 日										年 月 日											
有効期限	年 月 日										年 月 日											
紹介目的																						
※診療情報提供書をFAX送信いただいても構いません。																						
紹介元医療機関の所在地																						
名 称																						
医師氏名																						
電 話 番 号 ()										FAX ()												

1. 太線の枠内をご記入下さい。
2. 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入下さい。
3. 交通事故、労災等で受診される場合は、備考欄にその旨をご記入下さい。

修正201905