

(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 | 09 | 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 |
| | 代謝 尿 内 科病 | 腎 内 科 | 血 液 内 科 | 総 合 診 療 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) | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | | | | 1 男 2 女 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|--|---|--|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | | 年 | | 月 | | 日 | 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202405