

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
代糖
謝尿
内
科病

01
腎
内
科

02
血
液
内
科

09
総
合
診
療
科

10
呼
吸
器
内
科

11
消
化
器
内
科

12
循
環
器
内
科

14
小
児
科

15
外
科

15
心
臓
血
管
外
科

19
整
形
外
科

20
脳
神
経
外
科

21
形
成
外
科

23
皮
膚
科

24
泌
尿
器
科

25
産
婦
人
科

27
眼
科

28
い
耳
ん
こ
う
科
鼻

29
放
射
線
科

32
麻
酔
科

37
脳
神
経
内
科

※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

(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

月

日

才

※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 ()
携帯 ()

備 考

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202504