（様式1-1）

診 療 申 込 書（紹介患者用）

【予約受付時間　平日午前8時30分～午後5時15分まで】
※時間外の対応は、翌平日の午前8時30分以降となります。

□□□－□□□□－□

令和　　年　　月　　日

岩手県立宮古病院
地域医療福祉連携室　宛
FAX　0193-63-6945（直通）
TEL　0193-62-4011(内線5954)

受診希望日 無 ・ 有 ※有の場合希望日を記入願います。	第1希望　令和　　年　　月　　日（　） 第2希望　令和　　年　　月　　日（　） 第3希望　令和　　年　　月　　日（　）	➡ □ **当日受診**（チェックを入れてください） ※当日受診の場合来院手段を記載願います。 □救急車　□自家用車 □その他（　　）
希望医師名		

受診希望科（希望する科に、○印をつけてください）	01 代謝内科糖尿病	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 耳鼻いんこう科	29 放射線科	32 麻酔科	37 脳神経内科

※当日受診の場合は、FAX送信前に各診療科まで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	
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　　才		

※保険証（貴院カルテ表紙）及び公費負担受給者証のコピーを同時にFAXして頂ければ、下記の欄は記載不要です。

付随FAX
□診療情報提供書（必須）
□保険証コピー
□公費負担受給者証コピー

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		被保険者との続柄	
保険区分		公費負担医療	
保険者番号		負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	資格取得	年　月　日
区　分		有効期限	年　月　日
本人家族別	本人 ・ 家族	その他特記事項	労災 ・ 公災 ・ 交通事故
資格取得	年　月　日		
有効期限	年　月　日		
紹介目的	**※診療情報提供書に記載されている場合は省略可**		

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下さい。本様式は当院ホームページ（https://miyako-hp.jp）からもダウンロード可能です。

修正202505