

(様式1)

紹介患者様用 診療申込書

奥州市総合水沢病院

〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町三丁目1番地

TEL 0197-25-3833(内線257)

FAX 0197-25-4012(医療連携室専用)

水沢病院ID番号

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

来院時間

:

受診希望日	第1希望	令和	年	月	日	(曜日)	担当医師への 電話連絡	希望 医師	医師希望		
	第2希望	令和	年	月	日	(曜日)	済・未				
希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科 (月・金・午前)	<input type="checkbox"/> 糖尿病代謝科 (火・木・午後)	<input type="checkbox"/> 神経内科 (火・午前)	<input type="checkbox"/> 外科 (月・金・午前)	<input type="checkbox"/> 肛門外科 (木・午前)	<input type="checkbox"/> 乳腺外来 (水・午後)	<input type="checkbox"/> 泌尿器科 (月・金・午前)	<input type="checkbox"/> 小児科 (月・金)	<input type="checkbox"/> 精神科 (月・水・午前)	<input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 (月・火・木・金)	<input type="checkbox"/> 整形外科 (火・木・午前)
	紹介元医療機関名 _____ 医師名 _____ TEL () FAX ()										
(フリガナ)	患者様氏名		旧姓	性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)					
住所 及び 電話番号	〒 -										
	① TEL	()	} (※平日日中に連絡が取れる番号を記入願います)								
備考 (病名等のご記入をお願いします。別途、紹介状のある場合は添付願います。)											

来院方法を教えてください

自家用車、バス (歩行可能 ・ 車椅子) 福祉タクシー 救急車 その他()

保険情報(保険証・受給者証等はコピーの添付をお願いいたします。その際は保険情報の記入は不要です。)

保 険 区 分	主保険(国保 ・ 社保)	後期高齢者保険	その他公費負担医療
保 険 者 番 号			
記 号			
番 号			
本 人 家 族 別	本人 ・ 家族	本人	本人
負 担 割 合		1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

*当日の紹介に関しては診療科に直接連絡いただき、その後に診療申込書等をFAX願います。

*夜間、休日、時間外の急患の患者様についても、直接病院にお電話(0197-25-3833)をお願いいたします。

*交通事故や労災の場合は、備考欄にその旨をご記入願います。

*FAXの受付時間は平日の8:30~17:15となります。受付時間以降のFAXは翌平日に対応させていただきます。

(令和4年6月)