（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 | | | | | | | |

予約時間 ：

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																				
		□内科（月～金・午前）		□糖尿病代謝科（火木・午後）		□神経内科（火・午前）		□外科（月～木・午前）		□肛門外科（木・午前）		□泌尿器科（月～金・午前）		□小児科（月～金・午前）		□精神科（水・午前）		□耳鼻いんこう科（月火木金・午前）		□整形外科（月水木金・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）
			男 ・ 女		

住　所 及び 電話番号	〒　　－ ① TEL （　　） ② 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7年4月）