

一関病院外来受診・検査依頼申込書

特定医療法人博愛会 一関病院

地域医療連携室・医療相談室 宛

申込日：平成 年 月 日

予約受付時間：月曜日から金曜日 9:00～16:00

土曜日(第1・3・5を除く) 9:00～11:00

TEL (0191) 23-2050 (代表)

FAX (0191) 21-0721 (医療相談室直通)

紹介元医療機関の名称

_____ 医院・診療所・クリニック・病院

医師名 _____ 先生

電話番号 _____ () (内線 _____) FAX 番号 _____ ()

* 当院医師への連絡(連絡あり・連絡なし) 受診歴(有・無) ID 番号()

| | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|---------|----------|
| 受診希望日 | | 第1希望 平成 年 月 日 () | | |
| | | 第2希望 平成 年 月 日 () | | |
| | | 第3希望 平成 年 月 日 () | | |
| フリガナ | | | 性別 | |
| 氏名 | | 旧姓 | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (才) | 来院方法 | | |
| 住所 | 〒 | 救急車・介護タクシー・病院搬送車・ 自家用車・その他 () | | |
| TEL | () - | 受診時の状態 | | |
| | | 歩行可・車いす・ストレッチャー | | |
| ※診療を希望する科・紹介目的を○で囲んで下さい。 | | | | |
| 外来受診 | 消化器科 | 外科 | 眼科 | 睡眠時無呼吸外来 |
| | 呼吸器・アレルギー科 | 肛門外科 | 脳神経外科 | 健康診断 |
| | 総合診療科 | 整形外科 | 内科(休診中) | ☼ |
| | 緩和医療科 | 産婦人科 | 甲状腺外来 | ☼ |
| 紹介目的 [診察 ・ 検査 (CT ・ MRI)] | | | | |
| 備考 | 患者さまは貴院でお待ちですか? はい ・ いいえ ※医師の確認が取れ次第のお返事となります。お返事に時間を頂戴する場合は連絡いたします。 | | | |

※ ご記入のうえ、**診療情報提供書・保険情報(写し)**とともに**FAX送信**をお願いします。
受信後、折り返し『受付確認票』と『紹介患者予約票』を返信いたします。
なお救急の場合は、担当医へ直接ご連絡を頂けますようお願いいたします。