

# 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：\_\_\_\_\_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	年	月	日 ( )
	第2希望	年	月	日 ( )
	第3希望	年	月	日 ( )
フリガナ				性別
氏名				旧姓
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ( 才 )
住所	〒 _____			来院方法
				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	消化器内科	外科	眼科	睡眠時無呼吸外来
	呼吸器内科・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)	リウマチ科
	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致します。
----	--

※ 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・予約確認票』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頂けますよう、お願いいたします。