

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
医療相談室 宛

予約受付時間：月曜日から金曜日 9:00～16:00
土曜日（第3、5を除く）9:00～11:00
TEL (0191) 23-2050
FAX (0191) 21-0721

下記のとおり紹介しますので、受診手続きをお願いします。

申込日：平成 年 月 日

紹介元医療機関の名称・所在地

_____ 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 ()				
フリガナ		性別	保険者番号	
氏名		男・女	記号・番号	
			保険者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	区分	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (ご注意ください) 保険証等の写し または 貴院カルテの表紙を お送りください。 </div>	
住所		負担割合		
		公費番号		
TEL	() -	受給者番号		
※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
	総合内科	整形外科	耳鼻咽喉科	☼
	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				

※ 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、担当医へ直接お電話をいただければ早急に対応いたします。