

# 岩手県立東和病院

## 紹介患者用診療申込書

**F A X**    **0198-42-4417**

T E L    0198-42-2211

(内線106)

地域医療福祉連携室 御中    送信日        年    月    日

フリガナ				
患者氏名	様		性別	男・女
住所	〒        —			
電話番号	—	—		
生年月日	明・大・昭・平・令    年    月    日 (    歳)			

受診希望日	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり    月    日 (    )    :    希望			
	※当日受診の場合 担当医師への電話連絡 <input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未			
受診希望科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科     ご担当医 先生侍史			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> その他			
来院方法 (当日受診、転院の場合)	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護車 (ストレッチャー、車いす) <input type="checkbox"/> タクシー (介護タクシー) <input type="checkbox"/> その他			
ドクターコメント (診療情報提供書を 同時にお送りいただ く場合には、記載いた だかなくて結構です)				

医療機関名			
住所			
医師名			
電話番号	(    )	FAX	(    )

〔保険情報〕 保険証又は貴院のカルテの表紙のコピーと一緒に FAX をお願いします。

作成：岩手県立東和病院 地域医療福祉連携室 2022.11 月改訂