年　　月　　日

盛岡赤十字病院　緩　和　ケ　ア　外　来　申　込　書

受診希望の月日を記入して、希望時間に〇をつけてください。
記載がない場合は、いちばん早く予約がとれる日時をご案内致します。

・第１希望：令和　　年　　月　　日（　火・水・木　）　(14：30　　15：15)
・第２希望：令和　　年　　月　　日（　火・水・木　）　(14：30　　15：15)
・第３希望：令和　　年　　月　　日（　火・水・木　）　(14：30　　15：15)

紹介目的	□入院相談　　□その他（　　）
必要書類	①診療情報提供書・・・・FAX 添付をお願いします。郵送の場合は、届き次第外来日のご案内を致します。 ②緩和ケア外来用情報提供書 ③血液検査データ ④画像 CD ②～④は、当日持参でも構いません。
緩和ケア病棟の見学	□済み □未　※外来前に病棟の見学案内をしますので、予約時間の 30 分前にご来院頂きます。
盛岡赤十字病院の受診歴	□不明　　□なし　　□あり（　　年頃）

（ふりがな） 患者氏名	（姓）			（名）					性別	男 女
生年月日	明・大・昭・平			年			月		日	年齢　　才
住　　所	〒				電話番号　　（　　）					

保険情報（保険証のコピーまたは貴院のカルテ表紙のコピーをＦＡＸしていただいても結構です）

県・市町村単独事業、互助会	公費受診番号			保険者番号	
乳(乳 6)・妊（妊 7)・重（重 8)	公費受給者番号			記号・番号	
市町村互・退教互	老人保健・高齢者等負担割合		割	本人家族別	本人　・　家族
労災（通勤災害)・交通事故・その他（				被保険者名	
資格取得年月日		有効期限		続柄	

紹介元医療機関の　所　在　地　〒

名　　称

紹介医師名　　先生

電話番号：　　（　　）　　ＦＡＸ：　　（　　）

連携担当者名（入院検討会の結果を連絡致します）：

※FAX の受付時間は、平日の 8 時 30 分～17 時です。16 時 30 分以降の申し込みは、電話連絡も併せてお願い致します。
※時間外・休日のご紹介は、お電話にて救急外来までご連絡をお願い致します。(019-637-3111：内線 449)

盛岡赤十字病院　［地域医療連携室］　〒020-8560　盛岡市三本柳 6 地割 6 番地 1
TEL.019-637-3312(直通)　　FAX.019-637-3313（専用）