

盛岡赤十字病院 患者紹介用 外 来 診 療 申 込 書

受診第1希望日	なし・あり	令和	年	月	日	()	医師の指定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
受診第2希望日	なし・あり	令和	年	月	日	()	(医師名:		
受診第3希望日	なし・あり	令和	年	月	日	()	医師への連絡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済み

希望 受診科に ○	総合診療科	血液内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	神経内科	外科	小児外科	整形外科	脳神経外科	小児科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	ペインクリニック	*放射線科	セカンドオピニオン

* 放射線科	放射線診断: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ [骨・その他 ()]	撮影部位: ()
	放射線治療: <input type="checkbox"/> 照射 <input type="checkbox"/> その他	

傷病名・主訴			
--------	--	--	--

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"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

盛岡赤十字病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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・令	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、互助会等	公費負担者番号	保険者番号
乳(乳6)・妊(妊7)・重(重8)	公費負担者番号	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:	()

※地域医療連携室あてのご紹介FAXの受付時間は、平日の8時30分～16時50分までとなっております。

※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)