

令和 年 月 日

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	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ 済み

希望 受診に ○	総合診療科	血液内科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	脳神経内科	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: ☐ CT ☐ MRI ☐ シンチ [骨・その他 ()]	撮影部位: ()
	放射線治療: ☐ 照射 ☐ その他	造影剤: ☐ なし ☐ あり

傷病名 ・ 主訴	
----------	--

紹介目的	☐ 精査 ☐ 加療 ☐ 入院 ☐ 転医 ☐ 手術 ☐ その他 ()
------	--

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・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)

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1番地1

TEL 019-637-3312(直通)

FAX 019-637-3313(専用)