

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 受診科 ○	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
産婦人科 関連情報	産婦人科: 妊娠週数 () 週 前回妊婦健診日と週数 月 日 ・ 週 出産予定日 年 月 日 妊娠届け出書発行 済 ・ 未																			
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)