

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 受診科に ○	総合診療科	糖尿病・代謝内科	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・消化器外科	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: ☐ 有 ☐ 無																		
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) (旧姓)				(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)