

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○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	} ①②の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。 ③④は、当日持参でも構いません。
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	

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)