

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	<input type="checkbox"/> 入院相談 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 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	<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	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ひ致します。

※時間外・休日の紹介は、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)