

(様式1)

紹介患者用診療申込書

岩手県立大船渡病院
地域医療福祉連携室 宛

フリガナ			性別	男・女
患者氏名				
住所	(岩手県・) (大船渡市・陸前高田市・気仙郡住田町) 市・郡			
電話番号	()	携帯		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)

受診希望日	なし・あり・緊急	年	月	日(曜日) 希望
	※当日受診の場合、担当医師への電話連絡 済・未			
受診希望科	科			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 分娩 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン			
来院方法 (当日受診、転院の場合)	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護車(ストレッチャー、車いす) <input type="checkbox"/> その他			
ドクターコメント (診療情報提供書を同時に お送りいただく場合には、 記載いただかなくて結構です。)				

医療機関名				
住所				
医師名				
電話番号	()	FAX	()	

【保険情報】 保険証又は、貴院のカルテの表紙のコピーと一緒にFAXをお願いします。

岩手県立大船渡病院 地域医療福祉連携室
FAX 0192(27)7170 電話 0192(26)1111 (内 6788)