

(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・令 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)

予約受付時間: 月～金曜日 8:30～16:30(土・日・祝・年末年始を除く)  
上記以外の時間や土・日・祝・年末年始については翌診療日に対応いたします。