

総合花巻病院 北上済生会病院 県立中部病院

紹介患者用共通診療申込書

\* 紹介先の病院名を○で囲み、ファックスをお願いします。

総合花巻病院 北上済生会病院 県立中部病院

FAX 0198-23-6333 0197-64-1133 0197-71-1881

TEL 0198-23-3533 0197-64-7722 0197-71-1518

地域医療福祉連携室 宛 送信日 平成 年 月 日

フリガナ			性別	男・女
患者氏名	様			
住所	(岩手県・ 県) (花巻市・北上市・ 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 ( ) 希望
受診希望科	※当日受診の場合、担当医師への電話連絡 済・未 科 希望医師名
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 <input type="checkbox"/> 開放病床利用
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。