岩手医大紹介予約センター　行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

FAX:019-622-7701

**診療申込書（紹介患者専用・2病院共通）**

【お申込み情報】申込診療科の□に✓をつけ内容を記載の上、ＦＡＸにて送信して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □消化管内科 | □肝臓内科 | □糖尿病・代謝・内分泌内科 | □循環器内科 | □腎・高血圧内科 | □呼吸器内科 |
| □膠原病内科 | □血液腫瘍内科 | □臨床腫瘍科 | □睡眠医療科 | □脳神経内科・老年科 | □臨床検査科 |
| □外科 | □小児外科 | □脳神経外科 | □心臓血管外科 | □呼吸器外科 | □整形外科 |
| □形成外科 | □産婦人科 | □小児科 | □耳鼻咽喉科 | □頭頸部外科 | □眼科 |
| □皮膚科 | □泌尿器科 | □放射線診断科 | □放射線治療科 | □精神神経科 | □児童精神科 |
| □麻酔科 | □臨床遺伝科 | □総合診療科 | □緩和ケア科 | □歯科医療センター |  |
| 事前予約 | □　無（下段の「受診希望日」に希望日時をご記載下さい。） |
| □　有（下段の「予約日時」にTELもしくはWEBにて取得した日時をご記載ください） |
| 受診希望日 | ①　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| ②　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 予約日時 | □TELにて予約済□WEBにて予約済 | 　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 紹介目的 | 診察　・　セカンドオピニオン　・　入院（転院）依頼　（当院医師への連絡　　済　・　未　） |
| 傷病名 |  |

【医療機関情報、患者様情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 当院履歴 | 無　・　有　（　　　　　　　　　　　科）・　不明 |
| 貴院情報 | 医療機関名： |
| 所　在　地： |
| 電話　　　－　　　－　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　－　　　－　　　　　 |
| 患者情報 | フリガナ |  |  | 性別 |
| 患者氏名 | (姓)※旧姓（　　　　　　　　　） | (名) | 男　・　女 |
| 生年月日 | （明･大･昭･平･令）　　　　年　　　　月　　　　日(　　　　歳) |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　 | 電話　　　　－　　　－　　　　　 |
| 携帯　　　　－　　　－ |
|  |
| 保険情報 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人 ・ 家族(患者続柄　　　　　 ) |
| 記号・番号 |  |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 前期　・　後期 |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 1割・2割・3割 |
| その他 | 労災・生保・交通事故・その他の公費（　　　　　　） |
| 備　　考 |  |

 ※保険情報はご記入いただくか、もしくは保険証等のコピーの送付をお願いいたします。

※紹介状（診療情報提供書）の送付をお願いいたします。