岩手医科大学附属病院（矢巾町）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

内丸メディカルセンター（盛岡市）行

**ＦＡＸ診療申込書（紹介患者専用・2病院共通）**

申込診療科（□に✓を記入し、その下部のＦＡＸ番号に送信して下さい）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **岩手医科大学附属病院（矢巾町）** | |  | **内丸メディカルセンター（盛岡市）** | | |
| □血液腫瘍内科 | □臨床腫瘍科 |  | □消化管内科 | □腎・高血圧内科 | □呼吸器･ｱﾚﾙｷﾞｰ・膠原病内科 |
| □小児外科 | □形成外科 |  | □脳神経内科･老年科 | □糖尿病･代謝･内分泌内科 | □肝臓内科 |
| □呼吸器外科 | □頭頸部外科 |  | □循環器内科 | □臨床検査科 | □外科 |
| □心臓血管外科 | □小児科 |  | □脳神経外科 | □整形外科 | □婦人科(不妊) |
| □産婦人科 | □放射線診断科 |  | □耳鼻咽喉科 | □眼科 | □皮膚科 |
| □精神神経科 | □放射線治療科 |  | □泌尿器科 | □麻酔科 | □臨床遺伝科 |
| □緩和ケア科 |  |  | □総合診療科 | □睡眠医療科 | □歯科 |
|  | |  |  | | |
| **岩手医科大学附属病院（矢巾町）** | |  | **内丸メディカルセンター（盛岡市）** | | |
| **FAX：０１９－６１１－８０７１** | |  | **FAX：０１９－６２２－７７０１** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診希望日 | ①　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ②　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 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。