

(様式1)

# 診療申込書(紹介患者用)

1:登録(新規)

2:変更(再登録・兼科・保険追加)

平成 年 月 日

岩手県立江刺病院

(TEL 0197-35-2181)

(FAX 0197-48-2281(連携室直通))

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診希望日または予定日													平成	年	月	日	(	曜日)
受診希望科 (希望する診療科 に○印を付けて ください。)	11	12	15	24	11	15	14	19	23	25	27							
	消化器科	循環器科	外科	泌尿器科	血液内科	脳神経外科	小児科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科							
(フリガナ)								性 男・女 別	*外科特記事項									
患者氏名									撮影方法	撮影部位								
								CT・MRI										
生年月日	明・大・昭・平				年	月	日	年齢 歳										

※ 下記の欄は保険証のコピーまたは貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。

住所	〒 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				市町村コード	
電話番号	自宅 ( )					呼出 ( )																
勤務先						電話番号 ( )																
被保険者氏名						被保険者との続柄																
保険区分	主 保 険				後 期 高 齢 者			その 他 公 費 ・ 互 助 会 等														
保険者番号					3	9																
記号						受給者番号																
番号																						
本人・家族別	1本人・2家族				負担割合 1割・割			1本人・2家族														
資格取得日	年 月 日				年 月 日			年 月 日														
有効期限	年 月 日				年 月 日			年 月 日														
備考																						

紹介元医療機関の所在地	
名 称	
医 師 氏 名	
電 話 番 号 ( )	FAX ( )

- ※1 太線の枠内をご記入ください(市町村コード欄は除く)。
- ※2 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入ください。
- ※3 交通事故、労災で受診される場合は、備考欄にその旨をご記入ください。
- ※4 受診予定日の前日までにFAXでご送付ください。