

# 患者紹介(診療依頼) FAX申込書

平成 年 月 日

済生会岩泉病院  
地域医療連携室 宛

## 紹介元医療機関情報

専用FAX 0194-22-4232

代表電話 0194-22-2151

住所 〒027-0501 下閉伊郡岩泉町岩泉字中家19-1

医療機関名

所在地

電話 - - - FAX - - -

下記の患者様を紹介します。

フリガナ	性 別	生年月日		
氏名	男・女	明・大・昭・平	年	月
住所 〒 -	電話番号			- - -
紹介目的	* 診察希望診療科に○をつけてください			希望医師名
<input type="checkbox"/> 入院	01 内科	02 脳神経外科	03 外科	
<input type="checkbox"/> 外来	04 整形外科	05 眼科		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 不明	

受診希望日	平成 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 指定なし
電話予約	済 ( 医師へ連絡済 ) - 未	
傷病名		
病状経過	<input type="checkbox"/> 別紙診療情報提供書のとおり	
その他	患者についての留意事項 (薬物・食物アレルギー・感染症等)	

○下記の保険証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。

保険者番号								退教互	
記号								-	
番号								年 月 日 ~	
資格取得日	昭和・平成 年 月 日							区 分	・一般・上位所得者 ・低所得 I・II
続柄	本人・家族								
公費負担番号								負担割合 割	
公費受給者番号								年 月 日 ~	
その他	労災・生保・交通事故・その他の公費( )								

○ 希望された医師以外の医師が診察する場合もありますので、あらかじめご了承ください。

○ 患者様にはできる限り貴院の「診療情報提供書」を受診日に持参させてください。