

診療申込書（紹介患者用）

送信日： 年 月 日

医療法人清和会 奥州病院
 地域医療連携室 行
 TEL：0197-47-5567(直通)
 FAX：0197-47-3685(直通)

[紹介元医療機関]	
名 称	
診療科・医師名	
TEL：	
FAX：	

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 女	大・昭 平・令 年 月 日（ 歳）
住 所	〒 (岩手県・ 県) (奥州市・ 市・郡)		
電 話	(自宅)	(携帯)	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 科)		

- 保険証・受給者証等の写し又は保険情報が確認できるものを添付願います。(その場合、保険情報欄の記入は不要です)
 なお、保険証の原本は診療当日確認いたします。

保険者番号		後期高齢者保険者番号	
記号・番号	本人・家族	公費負担者番号	
被保険者	1割・2割・3割	受給者番号	

希望受診科	科		
受診希望日	第一希望	年 月 日 ()	
	第二希望	年 月 日 ()	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> その他 () ※担当医師への電話連絡 _____ 科 _____ 医師へ連絡済		
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			

ご注意

- 受付時間は、月～金曜日の午前8時30分から午後5時00分までです。受付時間外のFAXについては、原則として翌診療日に返信させていただきます。
 ※休診日 土・日・祝日・お盆(8月)・年末年始
- <必要書類> 以下の書類を地域医療連携室までお送りください。
 外来受診（紹介）⇒『診療申込書（紹介患者用）』『診療情報提供書』
 入院依頼 ⇒『診療申込書（紹介患者用）』『紹介患者連絡票（入院）』『診療情報提供書』