

十和田市立中央病院 紹介状(診療情報提供書) 兼 診療申込書

2021年9月改訂

年 月 日

〒034-0093 青森県十和田市西十二番町14番8号

十和田市立中央病院

医療機関名 _____

科 _____

先生 _____

所在地 _____

担当科 _____

科 _____

地域医療連携部 行

FAX 0176-21-1234

医師名 _____

電話 0176-23-5869

電話 _____

F A X _____

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日生 (満 歳)	
住所(〒 _____)	電話番号		_____		_____			
	緊急連絡先		_____		_____			
傷病名 症 状								
紹介目的								
既往歴 家族歴								
症状経過 治療経過 検査結果 処方内容								
国内移動歴	本人： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	同居者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→	都道府県名 (_____)	移動日 (_____ / _____)			
保 険	保険者番号	_____	記号	_____	番号	_____	枝番	_____
	被保険者氏名	_____	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	自己負担割合	<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
	公費負担者番号	_____	公費受給者番号	_____				
<input type="checkbox"/> 電話にて十和田市立中央病院医師に連絡済み								
診 察 希 望	第 1 希 望	_____ 月 _____ 日						
	第 2 希 望	_____ 月 _____ 日						
	希望日が未定	<input type="checkbox"/> 後日、患者・家族様にご自身で予約します		※CD-R、フィルム添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
備 考								

地域医療連携部FAX受付時間 **平日 8:30~16:00**

- ① 予約FAXは24時間受付しておりますが、上記時間帯以外は翌日、または休日明けの返信となりますのでご了承ください。
- ② 緊急の場合は、この限りではありません。お電話にてご相談ください。(17時まで対応しております)
- ③ お電話でお申込みいただいた場合も、この用紙をFAXいただきますようお願いいたします。