

総合花巻病院 北上済生会病院 県立中部病院

紹介患者用共通診療申込書

\* 紹介先の病院名を○で囲み、ファックスをお願いします。

総合花巻病院 北上済生会病院 県立中部病院

FAX 0198-23-6333 0197-64-1133 0197-71-1881

TEL 0198-23-3533 0197-64-7722 0197-71-1511

地域医療福祉連携室 宛 送信日 平成 年 月 日

フリガナ
患者氏名
住所
電話番号
生年月日
性別
男・女
様
(岩手県・ 県)(花巻市・北上市・ 市・郡)
( ) 携帯
明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)

受診希望日
受診希望科
紹介目的
来院方法
ドクターコメント
なし・あり・緊急 年 月 日 ( ) 希望
※当日受診の場合、担当医師への電話連絡 済・未
科 希望医師名
□精査 □加療 □入院 □転医 □手術 □分娩 □その他
□セカンドオピニオン □開放病床利用
□救急車 □自家用車 □介護車(ストレッチャー、車いす)
□ その他
(診療情報提供書を同時に送りいただく場合には、記載いただくことなく結構です)

医療機関名
住所
医師名
電話番号 ( ) FAX ( )

【保険情報】 保険証又は貴院のカルテの表紙のコピーと一緒に FAX をお願いします。