



診療申込書(紹介患者用)

様式1

高田病院処理欄 FAX受信確認日時
/ :

岩手県立高田病院 地域医療福祉連携室 宛

フリガナ				性別	男・女
患者氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
住所	〒 - (岩手県・ 県) (陸前高田市・大船渡市・気仙郡住田町・ 市・郡)				
電話番号	()	携帯			

受診希望日	なし・あり・緊急					年	月	日	(曜日)	希望
	※当日受診の場合、担当医師への電話連絡								済	未
受診希望科 (希望科へ○)	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	眼科	耳鼻咽喉科	婦人科		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> その他()									
来院方法 (当日受診、転院の場合)	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 介護車(ストレッチャー、車いす) <input type="checkbox"/> その他()									
特記事項										

医療機関名										
住所										
医師名										
電話番号	()	FAX	()							

※申込時に診療情報提供書をあわせて送信してください。原本は受診時にご提示ください。

〔保険情報〕 保険証(公費・免除証明書等)又は、貴院のカルテの表紙のコピーを一緒にFAXをお願いします。

岩手県立高田病院 地域医療福祉連携室

FAX:0192-55-5241 電話:0192-54-3221