

一関病院外来受診・検査依頼申込書

特定医療法人博愛会 一関病院
地域医療連携室 宛

予約受付時間：月曜日から金曜日 9：00～16：00

TEL (0191) 23-2050

FAX (0191) 21-3104

下記のとおり紹介しますので、受診手続きをお願いします。

申込日：平成 年 月 日

紹介元医療機関の名称・所在地

_____ 医院・診療所・クリニック・病院

医師名 _____ 先生

*患者様が、すでに一関病院（入院外来問わず）での受診歴のある方で、カードをお持ちの場合は、ID 番号を記入して下さい。 受診歴（有・無）ID 番号（ ）

※ 受診希望日： 平成 年 月 日 () 時頃				
フリガナ		性別	保険者番号	
氏名		男・女	記号・番号	
			保険者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	区分	本人・家族	
住所		負担割合	0・1・2・3・10割	
		公費番号		
TEL	() -	受給者番号		

※診療を希望する科・紹介目的を○で囲んで下さい。

外来受診	消化器科	整形外科	泌尿器科	健康診断
	呼吸器科	脳神経外科	皮膚科	NST療法
	内科	産婦人科	耳鼻咽喉科	緩和ケア
	アレルギー科	眼科	甲状腺外来	睡眠時無呼吸症候群
	外科	小児科	✽	✽

※紹介目的 [診察 ・ 検査 (CT ・ MRI)]

依頼内容	
------	--

※事前受付をされる場合、上記にご記入のうえ、紹介状と共にFAX送信をお願いします。

FAX受診後、折り返し『受付確認票』&『紹介患者予約票』をFAX送信させていただきます。

救急の場合は、今までどおりお電話をいただければ早急に対応させていただきます。