

一関病院外来受診・検査依頼申込書

財団医療法人博愛会 一関病院

地域連携室 宛

申込日：令和 年 月 日

紹介元医療機関の名称

予約受付時間：月曜日から金曜日 9:00～16:00

土曜日（第1・3・5を除く） 9:00～11:00

TEL (0191) 23-2050 (代表)

FAX (0191) 21-0721 (地域連携室直通)

_____ 医院・診療所・クリニック・病院

医師名 _____ 先生

電話番号 _____ () _____ (内線) FAX 番号 _____ () _____

* 当院医師への連絡（ 連絡あり ・ 連絡なし ） 受診歴(有・無)ID 番号()

受診希望日	第1希望	令和	年	月	日	()
	第2希望	令和	年	月	日	()
	第3希望	令和	年	月	日	()
フリガナ					旧姓	性別
氏名						男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 (才) 年 月 日				来院方法	
住 所	〒 _____				救急車 ・ 介護タクシー ・ 病院搬送車 自家用車 ・ その他 ()	
					受診時の状態	
TEL	() —				歩行可 ・ 車いす ・ ストレッチャー	
※診療を希望する科・紹介目的を○で囲んで下さい。						
外 来 受 診	消化器内科	外科	眼科	睡眠時無呼吸外来		
	呼吸器内科・アレルギー科	肛門外科	脳神経外科	健康診断		
	総合診療科	整形外科	リウマチ科	緩和医療科		
	産婦人科	甲状腺外来	泌尿器科	循環器科		
紹介目的 [診察 ・ 検査 (CT ・ MRI)]						
備考	※医師の確認が取れ次第のお返事となります。お返事に時間を頂戴する場合は連絡致します。					

※ ご記入のうえ、診療情報提供書・保険情報（写し）とともにFAX送信をお願いします。

受信後、折り返し『受付・予約確認票』を返信いたします。

なお救急の場合は、担当医へ直接ご連絡頂けますよう、お願いいたします。