

紹介患者用

令和 年 月 日

受診予約票

1：登録 2：変更（再登録・兼科・保険追加）

岩手県立釜石病院

TEL 0193-25-2011

FAX 0193-25-4031

□□□□ - □□□□ - □□

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|-------|-------|-----------|-----|----|--------|-------|-------|------|------|---------|----|-------|-------|
| 受診希望日〔 無 ・ 有 （令和 年 月 日 曜日） 〕 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【当日受診の場合は担当医師への電話連絡 済 ・ 無 】【 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望診療科に○印をつけてください | 02 | 03 | 10 | 11 | 14 | 15 | 18 | 19 | 20 | 21 | 24 | 25 | 27 | 28 | 37 |
| | 内循環器内科 | 総合診療科 | 呼吸器内科 | 消化器内科 | 小児科 | 外科 | 心臓血管外科 | 整形外科 | 脳神経外科 | 形成外科 | 泌尿器科 | 産婦人科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 脳神経内科 |
| (フリガナ) | | | | | | | | | | | | 1・男 2・女 | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 明・大・昭・平・令 | | | | 年 月 日 | | | | 才 | | | |
| 紹介目的 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自・他覚症状 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今月中の撮影状況 | | | | | | | | | | | | | | | |
| CT 無・有 (H 年 月 日) MRI 無・有 (H 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q1. 入院中ですか (はい・いいえ) Q2. 入院中の場合、DPC算定患者ですか? (はい・いいえ) | | | | | | | | | | | | | | | |

*下記の欄は保険証のコピーまたは貴院カルテ表紙のコピーでもかまいません。

| | | | |
|--------|-------------|-------------|-----------|
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 携帯番号 | | |
| 勤務先 | 電話番号 | | |
| 被保険者氏名 | 被保険者との続き柄 | | |
| 保険区分 | 主保険 (国保・社保) | 後期高齢者・高齢者保険 | その他公費負担医療 |
| 保険者番号 | | | |
| 記号 | | | |
| 番号 | | | |
| 本人・家族 | 本人・家族 | 本人・家族 | 本人・家族 |
| 資格取得 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
| 有効期限 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
| 負担割合 | 割 | 割 | 割 |

*紹介確認書をFAX送信しますので、以下は必ずご記入下さい。救急患者（当日受診希望）につきましては電話にてご連絡のうえ受診予約票をFAX下さい。

| | | | |
|-------------|-------|-------|--|
| 紹介元医療機関の所在地 | | | |
| 名称 | | | |
| 医師氏名 | | | |
| 電話番号 | FAX | | |