

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	23	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	皮膚科	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			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（ 年 月 日）				MRI 無・有（ 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 日				年 月 日				年 月 日							
有効期限	年 月 日				年 月 日				年 月 日							
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									