

紹介状(診療情報提供書) 兼 診療申込書

平成 年 月 日

〒034-0093 青森県十和田市西十二番町14番8号

十和田市立中央病院

医療機関名

科

先生

所在地

担当科

科

地域医療連携室 行

FAX 0176-21-1234

医師名

電話 0176-23-5869

電話

F A X

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日生 (満 歳)	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平				
住所 (〒)	電話番号		— —		緊急連絡先			— —
傷病名 症状								
紹介目的								
既往歴 家族歴								
症状経過 治療経過 検査結果 処方内容								
保 険	保険者番号		記号		番号			
	被保険者氏名		区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	自己負担割合	<input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
	公費負担者番号		公費受給者番号					
<input type="checkbox"/> 電話にて十和田市立中央病院医師に連絡済み								
診 察 希 望	第 1 希 望	月 日						
	第 2 希 望	月 日						
	希望日が未定	<input type="checkbox"/> 後日、患者・家族様にご自身で予約します						
備 考								

 地域医療連携室FAX受付時間

平日 8:30~16:00

- ① 予約FAXは24時間受付しておりますが、上記時間帯以外は翌日、または休日明けの返信となりますのでご了承ください。
- ② 緊急の場合は、この限りではありません。お電話にてご相談ください。(17時まで対応しております)
- ③ お電話でお申込みいただいた場合も、この用紙をFAXいただきますようお願いいたします。

