

総合花巻病院 北上済生会病院 県立中部病院

紹介患者用共通診療申込書

\* 紹介先の病院名を○で囲み、ファックスをお願いします。

総合花巻病院 北上済生会病院 県立中部病院

FAX 0198-23-6333 0197-64-1133 0197-71-1881

TEL 0198-23-3533 0197-64-7722 0197-71-1518
(直通) (内線 1220) (直通)

地域医療福祉連携室 宛 送信日 令和 年 月 日

フリガナ
患者氏名 性別 男・女
住所 〒
電話番号 ( ) 携帯
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)

受診希望日 □なし・□あり・□緊急 令和 年 月 日 ( ) 希望
※当日受診の場合、担当医師への電話連絡 □済・□未
受診希望科 科 希望医師名
紹介目的 □精査 □加療 □入院 □転医 □手術 □分娩 □その他
□セカンドオピニオン □開放病床利用
来院方法 □救急車 □自家用車 □介護車(ストレッチャー、車いす)
(当日受診、転院の場合) □タクシー □その他
ドクターコメント
(診療情報提供書を
同時にお送りいただ
く場合には、記載いた
だかなくて結構です)

医療機関名
住所
医師名
電話番号 ( ) FAX ( )

[保険情報] 保険証又は貴院のカルテの表紙のコピーを一緒に FAX をお願いします。