

(様式1-1)

診療申込書 (紹介患者用)

平成 年 月 日

岩手県立宮古病院

□□□ - □□□□□ - □

FAX 0193-63-6945

TEL 0193-62-4011(内線2130)

受診希望日 [無 ・ 有] 平成 年 月 日 ()																																																											
受診希望科 (希望する科に、○印をつけてください)	01	01	01	10	11	12	14	15	15	19	20	21	23	24	25	27	28	29	32	37	※当日受診希望で受付時間外のご紹介は、各診療科の医師に連絡をお願いします。																																						
	代糖 謝尿 内科	腎 内科	血 液 内科	呼 吸 器 科	消 化 器 科	循 環 器 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	い 耳 ん こ う 科	放 射 線 科	麻 酔 科	神 経 内 科	担当医師への連絡																																						
	科病	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	未 ・ 済 () 医師																																					
(ふりがな)										コメント欄(予約希望について特記事項があれば記入願います)																																																	
患者氏名										1 男 2 女																																																	
生年月日										明・大・昭・平										年										月										日										才									
みやこサーモンケアネットの登録										有										無																																							
※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										郵便番号										□□□□ - □□□□□□																																							
電話番号										自宅 ()										携帯 ()										備 考																													
勤務先										電話番号																																																	
被保険者氏名																																																											
保険区分										高齢受給者 ・ 後期高齢者																																																	
保険者番号																																																											
記 号																																																											
番 号																																																											
負担割合										1割 2割 3割																																																	
区 分										区分 I 区分 II										一 般 適 用 一 般 適 用 外																																							
本人家族別										1 本人 ・ 2 家族																																																	
資格取得										年 月 日										年 月 日																																							
有効期限										年 月 日										年 月 日																																							
紹 介 目 的																																																											
※診療情報提供書をFAX送信いただいても構いません。																																																											
紹介元医療機関の所在地																																																											
名 称																																																											
医師氏名																																																											
電 話 番 号										()										FAX										()																													

1. 太線の枠内をご記入下さい。
2. 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入下さい。
3. 交通事故、労災等で受診される場合は、備考欄にその旨をご記入下さい。