

(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	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 内科	腎 内科	血 液 内 科	呼 吸 器 科 (総合内科)	消 化 器 科	循 環 器 科	小 児 科	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 ん こ う 科 鼻	放 射 線 科	麻 酔 科	神 経 内 科	担当医師への連絡																				
																				済 ( ) 医師・未																				
(ふりがな)											1 男 2 女		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																																								
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																													
<b>紹介目的</b>																																								
※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. 交通事故等で受診される場合は、備考欄にその旨をご記入下さい。