

# 地域医療連携診療予約申込書

【紹介先医療機関名】

※紹介状を併せてFAX願います。

いわき市立総合磐城共立病院

FAX送信先: 地域医療連携室 0246-26-2119

申 込年月日 平成 年 月 日 ( )

受診希望年月日 平成 年 月 日 ( )

受診者氏名	フリガナ 様 (旧姓 )	性別 男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
-------	--------------------	-----------	------	-----------------------

※氏名・フリガナは正確にご記載ください

現住所	〒	TEL ( ) -
-----	---	-----------

保険証記入欄	保険証番号	勤務先名称		
	記号・番号	勤務先所在		
	取得年月日	年 月 日	老人医療市町村番号	※老人給付割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> [一般]適用
	被保険者名		受給者番号	
	被保険者との続柄			

受診状況	通院中 ・ 入院中	交通事故 ・ 労災
------	-----------	-----------

※希望受診科に○をおつけください(腎臓・膠原病科及び神経内科は新患はお受けしていません)

受診科	01	02	03	04	05	06	07	08	10	11	12	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	内科一般	消化器内科	循環器内科	血液内科	透析センター外科	糖尿病・内分泌科	神経内科	心療内科	呼吸器内科	呼吸器外科	小児内科	小児外科	外科	形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	産婦人科	放射線科	麻酔科	歯科口腔外科	未熟児・新生児科

病名または主症状		当院で希望される検査
----------	--	------------

資料持参	なし・あり(レントゲンフィルム・心電図・各種検査結果等)
------	------------------------------

希望医師名	
-------	--

当院受診歴	なし・あり( 年 頃 科に) ID番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
-------	--

紹介元医療機関名	_____ 科 医師氏名
住所 〒	TEL ( ) - FAX ( ) -

※診療予約は原則として受診希望日の前日午後3時までとさせていただきます。

※当日受診および救急患者につきましては、この申込書を使用せず、直接該当診療科へお問い合わせください。

※希望された医師以外の医師が診察する場合がありますので、あらかじめご了承ください。