

# 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	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)														
											男・女																
※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										後期高齢者保険者番号										※一部負担金割合						
	被保険者名										□1割 □2割 □3割																
	被保険者との続柄										被保険者番号																
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・膠原病科はお受けしていません)																											
受診科	01	02	03	04	06	07	08	09	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	糖尿病・内分泌科	神経内科	心療内科	透析センター外科	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	
持参資料					・画像データ等 (X線・CT・MRI) (あり・なし)										<連携ご担当者様へ> 持参いただく資料の有無を、丸囲みでお知らせください。診療時に必要なデータとなりますので、ご協力お願いいたします。												
					・お薬手帳の写し (定期処方薬一覽) (あり・なし)																						
					・各種検査記録 (あり・なし)																						
要介護又は要支援状態の場合 現在利用している介護サービス又は福祉サービス					あり・なし										ある場合 施設名												
希望医師名																											
当院受診歴 なし・あり ( 年 頃 科に) ID番号																											
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。