

紹介患者用

平成 年 月 日

# 受診予約票

1:登録 2:変更(再登録・兼科・保険追加)

岩手県立釜石病院

□□□□ - □□□□ - □□

TEL 0193-25-2011

FAX 0193-25-4031

受診希望日 [ 無 ・ 有 (平成 年 月 日 曜日) ]															
【当日受診の場合は担当医師への電話連絡 済 ・ 無 】															
希望診療科に○印をつけてください	03	02	10	11	37	14	15	18	19	20	21	24	25	27	28
	総合診療科	内循環器科	呼吸器科	消化器科	神経内科	小児科	外科	心臓血管外科	整形外科	脳神経外科	形成外科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻科
(フリガナ)													1・男 2・女		
患者氏名															
生年月日	明・大・昭・平			年			月			日			才		
紹介目的															
自・他覚症状															
今月中の撮影状況	CT 無・有 (H 年 月 日)					MRI 無・有 (H 年 月 日)									
Q1. 入院中ですか (はい・いいえ) Q2. 入院中の場合、DPC算定患者ですか? (はい・いいえ)															

下記の欄は保険証のコピーを添付した場合は記入の必要ありません

住 所	〒														
電 話 番 号						携帯番号									
勤 務 先						電話番号									
被 保 険 者 氏 名						被保険者との続き柄									
保 險 区 分	主保険 (国保・社保)					後期高齢者・高齢者保険					その他公費負担医療				
保 険 者 番 号															
記 号															
番 号															
本 人 ・ 家 族	本人・家族					本人・家族					本人・家族				
資 格 取 得	年 月 日					年 月 日					年 月 日				
有 効 期 限	年 月 日					年 月 日					年 月 日				
負 担 割 合	割					割					割				

紹介元医療機関の所在地															
名 称															
医 師 氏 名															
電 話 番 号						FAX									