



# 岩手県立磐井病院への患者紹介予約用 FAX 用紙

【磐井病院紹介センター】 FAX番号：0191-21-3990

電話番号：0191-23-3452

平成 年 月 日

受診希望科	科	希望医師名		当院医師への連絡	済 ・ 未
受診希望日	(第1希望)	月 日	<input type="checkbox"/> 当日受診 (チェックを入れて下さい)		
	⇒ 当日受診の場合は、必ずFAX送信前に担当医へ電話連絡をお願いします				
	(第2希望)	月 日			
	(第3希望)	月 日			
磐井病院受診歴	有 ( 科 ) ・ 無	来院方法	救急車 ・ 介護タクシー ・ 自家用車 ・ その他 ( )		
入院について	貴院に入院中ですか？ : はい (入院基本料 : ) ・ いいえ 入院中の場合、DPCでの算定患者ですか？ : はい ・ いいえ				
画像について	画像のご提供はございますか？ : はい (CD ・ フィルム ・ 連携BOX) ・ いいえ				
フリガナ		旧 姓	性別	男 ・ 女	
患者氏名					
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日	年齢	歳	
住 所	〒 -				
電話番号	( )	携帯番号	( )		
保険情報	1	保険者番号	記号	番号	本 ・ 家
	2	保険者番号	記号	番号	本 ・ 家
病名など					
紹介目的	精査 ・ 加療 ・ 入院 ・ 手術 ・ 転院 ・ その他 ( )				
特記事項					
医療機関名					
担当医師名	科				
FAX番号	( )	電話番号	( )		
ご連絡先	科 ・ 外来		病棟	内線	

※ この用紙に、①診療情報提供書 及び ②患者様の基本情報 (カルテや保険証の写し) を添付のうえ、受診予定日の前日までに FAX でご送信ください。(基本情報は上記該当欄への記載でも結構です)

※ ご返事をお急ぎの場合は、「特記事項」欄にその旨を記入いただきますようお願いいたします。

※ FAX受付時間は平日の8:30~17:15です。受付時間以外のFAXは翌平日の回答となります。