



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

令和 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 (フリガナを入れて下さい)	
	⇒ 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・令	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。