（様式１）

国立病院機構　盛岡医療センター　　行き

年　　月　　日

地域医療連携室　FAX　　０１９－６４７－９３３９

地域医療連携室　電話　　０１９－９０８－７００１

患者紹介用紙

□ **外来受診希望**　　□ **入院（転院）希望**

申込診療科（□に✓を記入し、上記FAX番号へ送信お願いします）

□ **呼吸器内科**　□ **リウマチ内科**　□ **その他**（　　）

□ **整形外科**　□ **小児科**

■受診希望日　希望日①　　年　　月　　日

希望日②　　年　　月　　日

【当日受診　→　担当医師又は地域医療連携室への電話連絡】

済（　　科　　医師）・　　未

放射線科へ依頼（撮影のみ）の場合は下記へご記入願います（外来受診無し）

■撮影希望日　①　　月　　日　　時頃　②　　月　　日　　時頃

□ **MRI検査**〔 **単純のみ　造影あり** 〕　**●検査部位**（　　）

※様式２、３も記入しFAXをお願いします。

□ **CT検査**　〔 **単純のみ　造影あり** 〕　**●検査部位**（　　）

※造影検査希望の場合は、様式４を患者さんへご説明のうえお渡しし、様式５、６への記載後FAXをお願いします。

□ **骨密度測定検査**

●レポート作成（　有　・　無　）　　**●検査結果（CD・フィルム）**

※造影検査予定の場合は下記の記載をお願いします。

●腎機能障害（　有・無　）　●喘息（　有・無　）　●ヨード造影剤の副作用既往（　有・無　）

患者情報

ふりがな			性別	生年月日
氏　名	（姓） ※旧姓（　　）	（名）	男 女	大・昭・平・令　　年　　月　　日

盛岡医療センター受診歴　　□無　　□有　（最近５年以内）

◆下記の欄は保険証のコピー、又は貴院のカルテ表紙をFAXしていただいてもかまいません。

保険情報	住　所	〒　　－			
	電話番号	自宅・携帯　　（　　）			
	保険者番号		負担割合	□本人	公費負担者番号
	記号番号		１・２・３割	□家族	公費受給者番号
	その他	労災・生保・交通事故・その他の公費（　　）			

◆紹介確認書をFAXしますので、以下は必ずご記入下さい。

貴院情報	貴院名 （医師名） 貴院住所	
	電話番号　（　　）	FAX番号　（　　）

※紹介状（診療情報提供書）もFAXをお願い致します。

※この診療申込書は当院ホームページ（https://morioka.hosp.go.jp/）からもダウンロードできます。