

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 一般内科 循環器内科 糖尿病内科 消化器内科
神経内科 リウマチ内科 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

Table with columns: ふりがな, 氏名, 性別, 生年月日. Includes fields for name, sex, and date of birth.

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。

Table for insurance information including address, phone number, insurance number, and other details.

◆紹介確認書をFAXしますので、以下は必ずご記入下さい。

Table for hospital information including hospital name, address, and phone numbers.

※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。