

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番号へ送信をお願いします)

- 呼吸器内科 一般内科 循環器内科 糖尿病内科 消化器内科 小児科
脳神経内科 リウマチ内科 整形外科 腎臓内科 脳神経外科

■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。

■検査結果 ●読影レポート作成(有 無)
●検査結果(CD フィルム)

患者情報

Table with columns for name (ふりがな, 氏名), gender (性別), and birth date (生年月日). Includes fields for family name (姓), given name (名), and maiden name (旧姓).

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。

Insurance information table with fields for address (住所), phone number (電話番号), insurance number (保険者番号), and other details (その他).

◆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 (貴院情報) including hospital name (貴院名), address (貴院住所), and phone/FAX numbers (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。