

地域医療連携診療予約申込書

紹介先医療機関名： いわき市医療センター

担当部署： 患者サポートセンター 地域医療連携グループ

F A X 送 信 先： 0246-26-2119

※診療情報提供書を併せてFAX願います

申 込年月日 年 月 日 ()

受診希望年月日 年 月 日 ()

受診者氏名	フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)																													
	様 (旧姓)	男・女																															
※氏名・フリガナは正確にご記載ください																																	
現住所	〒 TEL () -																																
保険証記入欄	保険証番号											勤務先名称																					
	記号・番号											勤務先所在																					
	取得年月日	年 月 日					後期高齢者 保険者番号														一部負担金割合												
	被保険者名											被保険者番号														<input type="checkbox"/> 1割							
	被保険者との続柄											被保険者番号														<input type="checkbox"/> 3割							
受診状況	通院中 ・ 入院中															交通事故 ・ 労災																	
※希望受診科に○をおつけください。																																	
受診科	01	02	03	04	06	07	08	09	10	11	12	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	31						
	内科一般	消化器内科	循環器内科	血液内科	糖尿病・内分泌科	脳神経内科	心療内科	透析センター外科	呼吸器内科	呼吸器外科	小児内科	小児外科	外科	形成外科	脳神経外科	心臓血管外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	産婦人科	放射線治療科	麻酔科	歯科口腔外科	未熟児・新生児科	放射線診断科						
病名または主症状																		当センターで希望される検査															
資料持参	なし・あり(レントゲンフィルム・CD-R・心電図・各種検査結果等)																																
希望医師名																																	
当院受診歴	なし・あり(年 頃 科に)																																
	ID 番号																																
紹介元医療機関名																																	
_____科																																	
医師氏名																																	
住所 〒																																	
TEL () -																																	
FAX () -																																	

※診療予約は原則として受診希望日の前日午後3時までとさせていただきます。

※希望された医師以外の医師が診察する場合がありますので、あらかじめご了承ください。