

いわき市医療センター 地域医療連携診療予約申込書

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

電話:0246-26-2250(直通)

申 込 日	年 月 日 ( )
受 診 希 望 日	年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 当日希望
受診できない日	年 月 日 ( )

受診者氏名	フリガナ	男・女	生年月日	大・昭・平・令
	様 (旧姓)			年 月 日 ( 歳)

現住所	〒	TEL
-----	---	-----

保険証番号	記号・番号
-------	-------

受診状況	通院中 ・ 入院中	交通事故 ・ 労災
------	-----------	-----------

移動手段	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	移動方法	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 独歩
------	--	------	---

希望受診科	1 内科一般	2 消化器内科	3 循環器内科	4 血液内科	6 糖尿病・内分泌科	7 脳神経内科	8 心療内科	9 透析センター外科	10 呼吸器内科	11 呼吸器外科	12 小児内科	14 小児外科	15 外科	16 形成外科	17 脳神経外科	18 心臓血管外科	19 整形外科	20 眼科	21 耳鼻咽喉科	22 泌尿器科	23 皮膚科	24 産婦人科	25 放射線治療科	26 麻酔科	27 歯科口腔外科	28 未熟児・新生児科	29 総合診療科	31 放射線診断科	70 救命センター
-------	--------	---------	---------	--------	------------	---------	--------	------------	----------	----------	---------	---------	-------	---------	----------	-----------	---------	-------	----------	---------	--------	---------	-----------	--------	-----------	-------------	----------	-----------	-----------

病名	(備考欄)
希望医師名	

当院受診歴	なし・あり ( 年 月 科)
	ID番号

紹介元医療機関情報	名 称 :
	住 所 :
	診療科名:
	医 師 名 :
	電 話 :
	F A X :
	担当者名:

※診療予約のFAXは原則として16時45分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  
 ※当日の受診申し込みは紹介状をFAXの上お電話ください  
 ※お問い合わせは平日8:30~17:00までとなっております