

診療依頼書(受診予約票)

年 月 日

独立行政法人国立病院機構

紹介医療機関名 _____ 病院

青森病院

診療科名 _____ 科

地域医療連携室宛

郵便番号 _____

TEL : 0172-62-4055

住 所 _____

(内線 : 5584, 5560, 1134)

電話番号 _____

FAX : 0172-62-7534

F A X 番号 _____

医師氏名 _____ 先生 印

患者氏名	性別:			被保険者証	保険者番号						
生年月日	明治・大正	年	月	日生(歳)	記号・番号						
昭和・平成											
患者住所	〒			被保険者の勤務先電話							
電話番号				公費負担者番号							
被保険者氏名				被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他()					
青森病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有(年頃) <input type="checkbox"/> 無			IDカード	<input type="checkbox"/> 有(年頃) <input type="checkbox"/> 無						
希望診療科	内科	神経内科	小児科	皮膚科	呼吸器科	アレルギー科	外科	脳神経外科	放射線科	歯科	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> その他 ()										
受診希望日	_____年 _____月 _____日										
主訴又は傷病名											
既往歴・家族歴											
症状経過 治療結果 現在の処方等	_____ _____ _____ _____ _____										
要望事項 留意事項等	_____										

○ 本用紙を FAX でお送りください。受診日が決まりましたら「診療予約通知票」を FAX で返信しますので、患者様にお渡しください。