

令和6年9月1日改訂



独立行政法人国立病院機構 **弘前総合医療センター**
紹介受診者票

FAX受付:24時間受付(17:00以降・土日祝に着信したものは、翌平日確認となります)

弘前総合医療センター 地域医療連携室 行

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

FAX:0172-32-9909

[TEL: 0172-32-9902]

※様式1・様式2をFAXしてください

▽紹介元情報 当日・緊急受診の場合は、診療科外来へ直接お電話にてご相談ください。

医療機関名			
担当医師名	科	先生	申込 担当者
住所	〒 -		
TEL	() -	FAX	() -

▽患者情報

フリガナ			男・女	生年月日
氏名	(旧姓:)	様	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		受診歴	有・無
TEL	固定電話	-	現状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中
	携帯電話	-		<input type="checkbox"/> 入院中

▽保険情報 ※保険証等の写しを添付していただいた場合は、記載不要です

保険者番号／公費番号	本・家	記号	番号・枝番／受給者番号	枝番
	本人・家族		
	本人・家族		
負担割合	割 <input type="checkbox"/> 生保 ・ <input type="checkbox"/> 労災/公災 ・ <input type="checkbox"/> 自賠責			

▽海外・県外移動歴 ※2週間以内の行動歴をお知らせください

【海外渡航歴】	無・有	【県外移動歴】	無・有
帰国日	月 日	移動日	月 日
	国名		県名

《お知らせとお願い》

- ❖ 診察日が決まりましたら、紹介確認書・来院のご案内をFAXでご連絡いたします。
- ❖ 診療科によってはすぐのお返事ができない場合がありますのでご了承ください。
- ❖ 当日・緊急受診の場合は、診療科外来へ直接お電話にてご相談ください。

TEL 0172-32-4311(代表)

患者氏名

様

当日又は緊急の受診の場合は、お電話にて直接診療科へご相談ください

★ の科は、予約申込FAX時 診療情報提供書 の添付が必須となります。

■ の科は、診療情報提供書・検査データ(画像含む)を予約日前日(土日祝を除く)までに【地域医療連携室】へご送付ください。

▽受診希望診療科

受診 予定科	診療科名	受診 予定科	診療科名
	★■ 消化器外科 ※画像データCD-Rがある場合のみ予約日前日までに送付		★ 皮膚科
	★ 循環器内科		★■ 脳神経外科 (PM)
	★ 整形外科		★ 脳神経内科 (月・火・木・金)
	★■ 呼吸器内科		産婦人科 (月・火・水・金) ※予約日前日までに診療情報提供書をFAX
	★ 糖尿病・内分泌内科		★ 乳腺外科
	★■ 消化器内科		★■ 耳鼻咽喉科 (月・火・木・金) ※画像データCD-Rがある場合のみ予約日前日までに送付
	★■ 血液内科 (月・火・木・金)		★ 小児科
	★ 呼吸器外科 (月・火・木・金)		★■ 泌尿器科 (月・火・木・金)
	★ 歯科口腔外科		★ 眼科 (月・火・木・金)
☒	放射線科は専用のFAX予約票を使用してください		★ 形成外科

▽受診希望内容

受診希望日	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (第1希望 月 日) ・ (第2希望 月 日)
希望担当医	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (医師) <input type="checkbox"/> 当院()へ連絡済み

▽紹介目的・連絡事項

※診療情報提供書を添付の場合は記載不要です

《診療情報提供書の郵送について》

■ の科は、診療情報提供書・検査データ(画像含む)の原本を予約日前日までに下記宛先へご送付ください。
※予約日前日までに郵送が間に合わない場合は、患者様が当日持参してください。

〒036-8545

青森県弘前市大字富野町1番地

弘前総合医療センター 地域医療連携室 宛