

令和7年4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)			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"/> 自賠償			

《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15分以内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

★全科予約申し込みFAX時 診療情報提供書 の添付が必須です★

※1:胎児超音波スクリーニング外来チェックリストを予約申し込み時FAX添付してください。

■ 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】へご郵送ください。

▽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 (月・火・水・木・PM)
	整形外科		脳神経内科 (火・木・金)
	■ 呼吸器内科	産婦人科	婦人科 (月・火・水・金)
	糖尿病・内分泌内科		産科新患 (月・水)
	■ 消化器内科		※1 胎児超音波スクリーニング外来 (月)
	■ 血液内科 (月・火・木・金)		乳腺外科
	呼吸器外科 (月・火・木・金)		■ 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
	形成外科		小児科
	歯科口腔外科		■ 泌尿器科 (月・金→AM) (火・木→PM)
×	放射線科は専用のFAX予約票を使用してください		眼科 (月・火・木・金)

▽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
患者様は:	<input type="checkbox"/> お返事をお待ちです / <input type="checkbox"/> 帰宅しています ※お返事に時間がかかる場合がございます。	

▽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