

令和8年1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	生年月日		
氏 名	(旧姓: 様)		女	大	昭	平
住 所	〒 -					令 年 月 日 (歳)
TEL	固定電話	- -			受診歴	有・無
	携帯電話	- -			現状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <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	□生保	・ □労災/公災	・ □自賠責	

《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		皮膚科	(月・火・木・金) ※第3金を除く
	※画像データCD-Rがある場合のみ予約日前日までに送付		■ 脳神経外科	(火・水・木/PM)
	循環器内科		脳神経内科	(火・木・金)
	整形外科		産婦人科	婦人科 (月・火・水・金)
	■ 呼吸器内科		産婦人科	産科新患 (月・水)
	糖尿病・内分泌内科	※1	産婦人科	胎児超音波 スクリーニング外来 (月)
	■ 消化器内科		乳腺外科	
	■ 血液内科 (月・火・木・金)		■ 耳鼻咽喉科	(月・火・木・金)
	呼吸器外科 (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・水→PM)
X	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