

診療予約申込書 (改訂版ver.7)

送信先	FAX : 017-726-8162 青森県立中央病院 医療連携部 外来予約グループ 行
-----	---

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

★診療科が不明な場合は、お問い合わせください。または、空欄をご利用ください。臨床遺伝科は別様式にてお申込みください。

紹介先	循環器内科	呼吸器内科	内分泌内科	消化器内科	腫瘍内科	血液内科	脳神経内科	膠原病内科	リウマチ科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	歯科	形成・再建外科	産婦人科	泌尿器科	眼科	皮膚科	小児科	新生児科	麻酔科	腫瘍放射線科	緩和医療科	総合診療部	放射線部
	医師間の事前連絡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				連絡した県病の医師名																							
紹介元	医療機関名																	電話										
	予約担当者																	FAX										
経過報告の送付		<input type="checkbox"/> 希望する (主担当医の判断によりご希望に沿えない場合もありますので、予めご了承ください)																										

患者基本情報	フリガナ										男・女		未婚・既婚		生年月日					
	氏名 (旧姓:)														明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)					
	住所	〒 - - 固定電話 - - (本人・家族) [自宅・(様方)] 携帯電話 - - (本人・家族)																		

保険情報など	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																
						本人・家族																
自己負担 <input type="checkbox"/> 0割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					県病受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明					紹介状以外の持参物 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()												

★ 受診希望日をお知らせください。

第1希望	年	月	日
------	---	---	---

第2希望	年	月	日
------	---	---	---

※受診希望日は、当院ホームページから「外来診療担当医および診療受付時間一覧」をご確認の上、ご記入下さい。

★ 原疾患以外の感染症状がありましたらお知らせ下さい。

【症状】 発熱・下痢・咳・その他()

【渡航歴】 無・有 (国名:) (時期:)

《お知らせとお願い》

- * 診療情報提供書の添付と保険情報のご記入は必ずお願いいたします。保険情報は直接貼付もしくは別添いただいても差し支えありません。
- * 診療予約申込書を受領後、当部より『ご紹介予約確認書』をFAXで送信いたします。
- * 翌日の受診希望は前日16:00までに電話またはFAXにてお申し込みください。
- * FAXは24時間受信 (16:00以降の送信は、翌平日に回答させていただきます)

お問い合わせ 青森県立中央病院 医療連携部 外来予約グループ TEL 017-726-8377(直通)

-----これより下は当院使用欄です-----

世帯主氏名	世帯主との続柄	患者の職業	世帯主の職業
勤務先 / 勤務連絡先			
TEL:			

最終確認 (:)	保険確認 (:)	新患受付 (:)	オペレーター	フロント	連携部
------------	------------	------------	--------	------	-----

受診日	年	月	日
ID番号			