

診療申込書(改訂版ver.10)

2025.10.1 改訂

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	腎臓内科	呼吸器内科	内分泌病内科	糖尿病内科	消化器内科	腫瘍内科	血液内科	脳神経内科	膠原病内科	外因性病状	呼吸器外科	心臓血管外科	整形外科	脳神経外科	頭頸部外科	歯科口腔外科	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:)														大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)							
	現住所	〒 -																						
		固定電話 無・有 (- - -)														(本人 ・ 家族)								
		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		県病受診歴		有・無・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()												
	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		□ 現在入院中(自院に・他院に)																					

★ 受診希望日等をお知らせください。

受診希望日	(月 日以降を希望)		受診出来ない日
-------	-------------	--	---------

※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:) (直近、1年間の渡航歴) (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をお願いいたします。別添いただいても差し支えありません。
- * 診療申込書を受領後、当部より『ご紹介予約確認書』をFAXで送信いたします。
- * 翌日の受診予約希望は前日15:30までにFAXにてお申し込みください。
- * 15:30以降の送信は、翌平日に回答させていただきます。(FAXは24時間受信)
- * 平日の17時以降・土日祝日・年末年始に救命救急センターを受診する患者さんの情報は、救命救急センターへFAX(017-726-8420)にて送信してくださるようお願いします。

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								—				—	