

2026.7.1 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 科	糖 尿 病 科	腫 瘍 内 科	消 化 器 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	頭 頸 部 外 科	耳 鼻 咽 喉 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 科	I V R 治 療 科	放 射 線 診 断 科				
	医師間の 事前連絡			☐ 有 ☐ 無										連絡した 県病の医師名																					
	医療機関名																電話																		
紹 介 元	予約担当者																FAX																		
経過報告の送付				☐ 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) [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	☐ 0 割 ☐ 1 割 ☐ 2 割 ☐ 3 割	県病受診歴 ☐ 現在入院中 (自院に・他院に)	有 ・ 無 ・ 不明	紹介状以外の持参物	☐ CD-R ☐ レントゲン ☐ なし ☐ その他()		

★ 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)にて送信して下さるようお願いいたします。

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						—			—	