岩手病院　脳神経内科　外来予約申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | 独立行政法人　国立病院機構　岩手病院　地域医療連携室　宛**FAX　０１９１－２５－２４２９（直通）**〒021－0056　岩手県一関市山目字泥田山下４８TEL：０１９１－２５－２４２８（直通）　　　　　問合せ時間：　平日　９：００～１６：００ |
| **⬜診療情報提供書　　⬜保険情報　を一緒にお願い致します。** |

【紹介元情報】　　　　　　　　　　　　　　　送信日：　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 医療機関名：連　絡　先　TEL：　　　　　　　　　FAX：診　療　科：　　　　　　　科　　　　医師名：　　　　　　　　　　先生 |

【患者情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | T・S・H・R　　年　　月　　日　（　歳） |
| 患者氏名 |  |
| 住所 | 〒TEL　　　（　　　　） |
| 当院受診歴 | ⬜なし　　⬜あり（ID：　　　　　　　　） |

【受診希望日】　**※当日受診希望の場合は、必ずお電話ください。**

予約日時は、（月）～（金）　午前中　（祝日を除く）　となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第一希望日 | 第二希望日 | 第三希望日 | ⬜ 特に希望なし |
| 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |

※紹介医療機関からのFAX受理後、当院から『外来予約票』をFAX致しますので、

患者さん・ご家族へお渡し願います。

【備考】

|  |
| --- |
| ・患者さまは、貴院でお待ちですか。　　□はい　　□いいえ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R5.5更新