

# 診療依頼書 (受診予約票)

年 月 日

独立行政法人国立病院機構

青森病院

地域医療連携室 宛

TEL : 0172-62-4055

(内線 : 1134、5584、5560)

FAX : 0172-62-7534

紹介医療機関名

病院

診療科名

科

郵便番号

住所

電話番号

FAX番号

医師氏名

先生 印

ふりがな		性別	被保険者証	保険者番号						
患者氏名				記号・番号						
生年月日				被保険者の勤務先電話						
患者住所	〒			公費負担番号						
電話番号				<input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
被保険者氏名				<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> その他						
青森病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ( 年頃) <input type="checkbox"/> 無			ID番号						
希望診療科	内科	脳神経内科	小児科	皮膚科	呼吸器内科	外科	脳神経外科	放射線科	歯科	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
受診希望日	① 月 日 ( )					② 月 日 ( )				
主訴または傷病名										
既往歴・家族歴										
症状経過 治療結果・ 現在の処方等										
要望事項 留意事項等										
海外渡航歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (場所: 帰国日: )					県外等への移動歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (場所: 帰省日: )				

○本用紙をFAXでお送りください。受診日が決まりましたら「診療予約通知表」をFAXで返信しますので、患者様にお渡しください。