十和田市立中央病院
紹介状(診療情報提供書) 兼 診療申込書

2021年9月改訂

年　月　日

〒034-0093 青森県十和田市西十二番町14番8号

十和田市立中央病院

科　先生

地域医療連携部 行

FAX 0176-21-1234

電話 0176-23-5869

医療機関名

所在地

担当科　科

医師名

電話　－　－

FAX　－　－

フリガナ		□男 □女	生年月日	□大 □平 □昭 □令　年　月　日生（満　歳）
患者氏名				
住所（〒　－　）			電話番号	－　－
			緊急連絡先	－　－
傷病名 症状				
紹介目的				
既往歴 家族歴				
症状経過 治療経過 検査結果 処方内容				
国内移動歴	本人：□無 □有 同居者：□無 □有	⟹	都道府県名（　）	移動日（　／　）

保険	保険者番号		記号		番号		枝番	
	被保険者氏名		区分	□本人 □家族	自己負担割合	□0割 □1割 □2割 □3割	
	公費負担者番号				公費受給者番号		

□ 電話にて十和田市立中央病院医師に連絡済み

診察希望	第1希望	月　日	
	第2希望	月　日	
	希望日が未定	□ 後日、患者・家族様がご自身で予約します	※CD-R、フィルム添付　□有 □無
備考			

□ 地域医療連携部FAX受付時間 **平日 8:30～16:00**

① 予約FAXは24時間受付ておりますが、上記時間帯以外は翌日、または休日明けの返信となりますのでご了承ください。

② 緊急の場合は、この限りではありません。お電話にてご相談ください。(17時まで対応しております)

③ お電話でお申込みいただいた場合も、この用紙をFAXいただきますようお願いいたします。