

診療申込書

平成 年 月 日

患者用

白河厚生総合病院

〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2番地1

TEL 0248-22-2211(代表)

保険者番号									
記号・番号									
本人・家族					生保				

紹介医療機関の所在地・名称

科 先生

(医師の指定がある場合のみ医師名を記載願います)

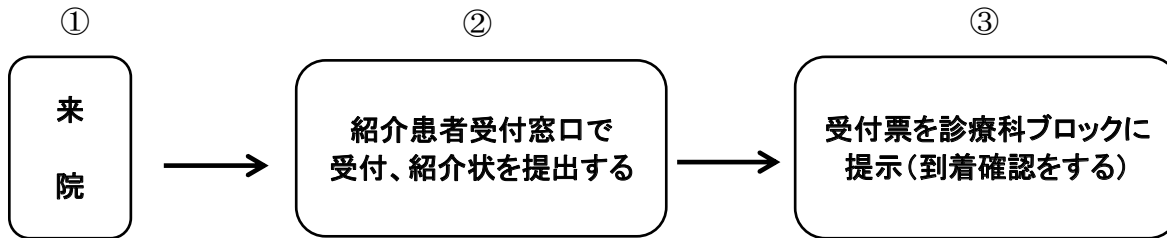
受診希望日:平成 年 月 日()

医師名 ⑩

フリガナ	男	明・大
患者氏名	様	女 昭・平 年 月 日(歳)
(〒 -)	TEL	- -
住所		

◀ 紹介状を持って受診される方へ ▶

総合受付に保険証と診療申込書(本用紙)・紹介状を提出してください。



受診科の待合室で、名前が呼ばれるまでお待ちください。

事前予約で「予約票」を持参の方も上記の手順での受診をお願いします。

外来の受診状況により待ち時間が発生しますのでご了承ください。

紹介元医療機関の先生へ

2枚目の厚生病院提出用を事前にFAX願います。

ファックス送付は午後4時までをお願いします。

なお、午後4時以降の受信分は翌日扱いとなりますのでご了承ください。

お問い合わせ・連絡先

白河厚生総合病院 地域医療連携室

〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2番地1

TEL 0248-22-2211(代表)

TEL 0248-22-2262(地域医療連携室)

Fax0248-22-2322(地域医療連携室)

紹介・診療情報提供書

※本票を事前に白河厚生総合病院宛FAXして下さい

FAX 0248-22-2322 (地域医療連携室 直通)

平成 年 月 日

白河厚生総合病院

〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2番地1

TEL 0248-22-2211(代表)

保険証のコピーを添付または下記に記載願います

保険者番号									
記号・番号									
本人・家族					生保				

科 先生

紹介医療機関の所在地・名称

受診希望日:平成 年 月 日()

医師名 印

フリガナ	男	明・大				
患者氏名	様	女	昭・平	年	月	日(歳)
(〒 -)	TEL	-	-			
住所						

傷病名:	<input type="checkbox"/> 緊急 (<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> それ以外)
------	--

既往歴

紹介目的 : <input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> 手術目的 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン
--

主訴および経過、検査所見・治療経過 など

検査結果等の添付:XP・CT・MRI・心電図・超音波検査(部位:)・その他()

現在の処方

* 保険証は受診日に必ず持参するようにご指導をお願いします。

厚生
病院
提出
用

紹介・診療情報提供書

平成 年 月 日

白河厚生総合病院

〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2番地1

TEL 0248-22-2211(代表)

科 先生

受診希望日:平成 年 月 日()

保険者番号									
記号・番号									
本人・家族					生保				

紹介医療機関の所在地・名称

医師名 ⑩

フリガナ 男 明・大
患者氏名 様 女 昭・平 年 月 日(歳)
(〒 -) TEL - -
住所

傷病名: 緊急 (救急車 それ以外)

既往歴

紹介目的: 精査・加療 手術目的 その他() セカンドオピニオン

主訴および経過、検査所見・治療経過 など

検査結果等の添付: XP・CT・MRI・心電図・超音波検査(部位:)・その他()

現在の処方

* 保険証は受診日に必ず持参するようにご指導をお願いします。