診 療 申 込 書

患者用

令和　　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1
TEL　0248-22-2211(代表)

保険者番号							
記号・番号							
本人・家族				生保			

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)

紹介医療機関の所在地・名称

受診希望日:令和　　年　　月　　日(　　)

医師名　　㊞

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

≪ 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。

来院 → 紹介患受付窓口で受付手続をする → 受付票を診療科ブロック受付に提示(到着確認をする) → 受診科の受付または看護師に紹介状を渡す

受診科の受付または看護師に紹介状などを渡し、名前が呼ばれるまで、近くでお待ちください

事前予約で「予約票」を持参の方は、予約票に記載された手順で受診してください。

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願います。

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時までにお願いします。

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願います。

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　0248-22-2262(地域医療連携室)
Fax0248-22-2322(地域医療連携室)
TEL　0248-22-2211(代表)(17時以降は代表番号)
Fax0248-22-2322(17時以降Fax番号)

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）

厚生病院提出用

令和　　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1
TEL　0248-22-2211（代表）

科　　先生

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			

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　　㊞

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。

紹介・診療情報提供書

紹介元控え用

令和　　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1
TEL　0248-22-2211（代表）

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　　㊞

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。