診療申込書

令和 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1 TEL 0248-22-2211(代表)

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:令和 年 月 日()

保険者番号						
記号•番号						
本人 ・	家力	灰		生	保	

紹介医療機関の所在地・名称

医師名

フリガナ
男 大・昭

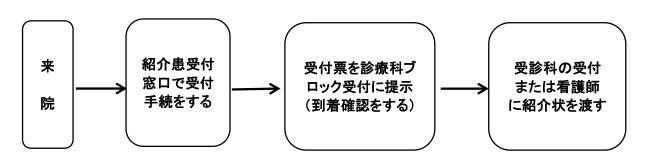
患者氏名
様 女 平・令 年 月 日(歳)

(〒 -)
[L. - -]

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。



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

Tm 0248-22-2262(地域医療連携室)

Fax0248-22-2322(地域医療連携室)

1回 0248-22-2211(代表)(17時以降は代表番号)

Fax0248-22-2322(17時以降Fax番号)

厚 生 病 院 提

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) 令和 年 月 日 白河厚生総合病院 保険証のコピーを添付または下記に記載願います 〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2番1 出 TEL 0248-22-2211(代表) 保険者番号 用 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 (EII) フリガナ 男 明•大 患者氏名 様 女 昭•平 年 月 日(歳) (₹ Tel 住所 □ 緊急(□ 救急車 □それ以外 傷病名: 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

紹介•診療情報提供書

白河厚生総	:合病院							令和	1	年	月	l	日	紹介元
	福島県白	河市豊	地上弥	欠郎2番	:1									控
	TEL 0248						保険者番号					\top		え 用
						-	記号•番号							, ,
	科				先生		本人	•	家 族		2	生 保		
							紹介医療機	製0	所	生地•名	6称			
受診希望日:	平成	年	月	日()									
						-	医師名						(FI)	
フリガナ						男	明•大							
患者氏名					様	女	昭•平		年	月	日	1 (歳)	
					一				+	Д		, (厉义 /	
(〒	_)				-	Tel				_			
住所														
16 6								/ -		<i>b</i> -L-				_
傷病名:							□ 緊急	(救	急車 ———	口それ	ル以外	<u> </u>)
既往歴														
紹介目的 :	□精査•	加療	□手術	目的	□その)他()	口セカ	フンドオ	ピニオン	~
主訴および経	過、検査	₹所見•₮	台療経過	など										
検査結果等の	 の添付:XI	•CT•	 MRI•心	 』電図・減		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。