

受診予約票

【受付時間:平日AM.8:30~PM.4:00】

※時間外の対応は、直近平日のAM. 8:30以降です。

岩手県立久慈病院 地域医療福祉連携室 宛
 Fax:0194-61-1220(直通)
 TEL:0194-53-2171(直通)

貴施設名 _____

医師名 _____

- 付随Fax
- 診療情報提供書(必須)
 - 保険証コピー
 - 公費負担受給者証のコピー
 - 造影剤チェックリスト
 - MRI検査表

保険証及び公費負担受給者証のコピーを同時にFaxして頂ければ、右半分の記載は不要です。
 ※この受診予約票は、当院ホームページ'(http://www.kuji-hp.com/)からもダウンロードできます。
 各診療科体制・担当医についてもご確認ください。
 ※ なお、この受診予約受診票は翌日以降の予約をご希望される場合にご使用ください。
 当日受診を希望される際は、各診療科まで連絡をお願いします。

- 電子紹介状(北三陸ネット)
 - ID-LINK登録・更新済み
 - 登録未(貴施設ID記入必須)
- 貴施設ID: _____

久慈病院の診察券をお持ちの方は下記に番号記号をご記入ください。

1. 登録(AA新規) 2. 変更(BB転院・再登録・CC兼科・HH保険追加)

診療申込書

□□□□ - □□□□□□ - □□□

(受付) 令和 年 月 日

(フリガナ)					(旧姓)					男・女
氏名										
生年月日	明大昭平令		年		月		日		才	
住所	〒□□□□ - □□□□□□									
受診希望科	10呼吸器内科 19整形外科 25産婦人科 32麻酔科									
	11消化器内科 20脳神経外科 27眼科 37脳神経内科									
	12循環器内科 21形成外科 28耳鼻咽喉科 05精神科									
希望する科に○印をつけて下さい。	14小児科 23皮膚科 29放射線科 40総合診療科									
	15外科 24泌尿器科 31歯科 04血液内科									
連絡先	自宅 () 局 番								様方	
	電話・有・無 呼出									
	携帯 - -									
被保険者氏名					続柄					
職業又は勤務先	(電話 - -)									

本人・家族 被保険者 院証 入欄 公費負担	本人	家族							
	保険者名								
	記号								
	番号								
	資格取得年月日	年	月	日					
	有効期限	年	月	日					
負担割合									
負担種別									
負担者名									
負担者番号									
受給者番号									
資格取得年月日	年	月	日						
有効期限	年	月	日						

希望診療科: _____ 希望医師名: _____

医師への連絡: 済・未

第1希望診察月日 _____ 月 日 ()
 第2希望診察月日 _____ 月 日 ()
 第3希望診察月日 _____ 月 日 ()

その他希望事項 _____