

# 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:0194-53-6133(直通)  
TEL:0194-53-2171(直通)  
(FAX予約問い合わせ専用TEL)

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。

※ なお、この受診予約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。

- 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) 氏名					(旧姓)	男・女		
生年月日	明大昭平令			年	月	日	才	
住所	〒□□□□ - □□□□□□							
受診希望科 <small>希望する科に○印をつけて下さい。</small>	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	
	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			
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 - - )							
病院記入欄	本人・家族		本人 家族					
	被保険者証	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		
公費負担	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

※ 麻酔科の予約はお取りしておりません。

第1希望診察日 \_\_\_\_\_ 月 日 ( )  
第2希望診察日 \_\_\_\_\_ 月 日 ( )  
第3希望診察日 \_\_\_\_\_ 月 日 ( )

→  当日受診 (フィックを入れて下さい)

※ 当日受診の場合は、FAX送信前に各診療科まで連絡をお願いします。  
(病院代表TEL: 0194-53-6131)

その他希望事項 \_\_\_\_\_