

秋田厚生医療センター
紹介患者用

診療申込書

紹介元医療機関（医院・病院名）

紹介医師名

電話番号

FAX番号

ふりがな																				男	明大昭平	年	月	日生	(歳)
患者氏名																				女						
住所	〒																			電話番号						
																				()						
受診科名																										
受診科に○をして下さい。 * CT.MRIの検査依頼の場合は放射線科を選択	血液内科	循環器内科	糖尿病・代謝内科	消化器内科	呼吸器内科	腎臓内科	小児科	小児科	外科		心臓血管外科	整形外科	産婦人科	泌尿器科	皮膚科	眼科	耳鼻咽喉科	脳外科	精神科	放射線科	緩和ケア内科	救急総合診療部				
									消化器外科	呼吸器外科																
受診予定(希望)日	平成 年 月 日 ()																			時頃						
医師の指定	なし・あり (医師名)																									
希望検査項目	CT ・ MRI ・ RI ・ MCV等																									
胃ろう	胃ろう交換 ・ 胃ろう造設 (造設目的を記載した紹介状必要)																									
備考 (ご希望等ご記入ください)																										

患者保険証	保険番号		公費負担者番号	
	記号・番号		公費受給者番号	
	有効開始日		有効開始日	
	本人		有効終了日	
	家族(被保険者名)		前期高齢受給者証	
		後期高齢受給者証		割負担

* 事前にカルテ作成をしますので、診療申込書用紙に記載しFAXして下さるようお願いいたします。
 保険証番号については、貴院のカルテの保険証番号記載欄及び保険証コピーの添付でも構いません。
 来院時に紹介状(情報提供書)・保険証と共に本用紙(FAX済み)を①番 紹介患者窓口にて提示していただきます。

秋田厚生医療センター
 (旧 秋田組合総合病院)
 地域医療連携室
 〒011-0948
 秋田市飯島西袋1丁目1番1号
直通TEL 018-880-3050
 (8:30~17:00)

専用FAX番号
018-857-2324

休日・夜間【17時以降】救急 TEL 018-880-3000(代表)
 休日・夜間【17時以降】救急 FAX 018-857-3030(救急)
 ※上記時間帯のFAX時は、電話連絡もお願いいたします。