

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																									
患者氏名	男 明大昭平令 女 年 月 日生(歳)																								
住所	〒 ー () ー 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	消化器外科	乳腺外科	呼吸器外科	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	神経内科	放射線科	緩和ケア内科	腫瘍内科	救急総合診療部
受診予定(希望)日	令和 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	割負担
			後期高齢受給者証	

*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。