

# 国立病院機構いわき病院地域医療連携診療予約申込書

申し込み先: 〒971-8126 いわき市小名浜野田字八合 88 番地 1

独立行政法人国立病院機構いわき病院 地域医療連携室

電話: 0246-88-7101(代表)、Fax: 0246-88-8434(地域医療連携室)

**\* 必ず診療情報提供書を添付してください**

紹介元医療機関名

所在地

電話および Fax 番号

受診希望診療科に チェック (もしあれば 希望項目にも)	<input type="checkbox"/> 脳神経内科		
	<input type="checkbox"/> 神経生理学的検査(脳波、筋電図、各種誘発電位など)、 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 内科 (専門は循環器内科)		
	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 生活習慣病の診断、予防・管理 <input type="checkbox"/> 不整脈の診断・治療 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<input type="checkbox"/> 小児神経内科		
	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他( )		
受診希望日※	平成 年 月 日 ( ) ※受診希望日は当院ホームページ外来担当医師の項目をご参照ください。 ※希望に添えない場合もございますのでご了承ください。		
患者様氏名(フリガナ)	( )		
性別(○をつける)	性別: 男 女		
生年月日	大正・昭和・平成又は西暦 年 月 日生 (才)		
電話(Fax)番号			
現住所	〒		
現在紹介元医療機関に	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 当院 ID 番号 _____ (不明の場合は受診時期 年 月 日ごろ)		
保険証番号	後期高齢者医療被保険者証		
記号・番号	保険者番号		
被保険者名	被保険者番号		
被保険者との続柄	* 負担金割合		
取得年月日	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割		

(公費負担医療を受給されている場合は来院時に受給者証を持参し、受付で提示してください。)

\* 以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID( )	受診予約登録	予約票送付	患者情報・紹介情報登録
-------	--------	-------	-------------