

# 国立病院機構 あきた病院 外来診療申込書

↑ FAX:0184-73-2979 地域医療連携室 行

診療情報提供書（紹介状）を必ず一緒に送信して下さい。

16時以降の申込は後日ご返信になる場合があります。

希望診療科	科	送信日 令和	年	月	日
希望診療医師 無 ・ 有	医師	第一希望		月	日
※有の場合医師名をご記載ください。		第二希望		月	日
発信者 (紹介元医療機関)		第三希望		月	日
診療科		予約時間は原則平日午前中となります。			
紹介医師名		患者様・ご家族は、貴院でお待ちですか？			
電話番号		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
FAX番号		※お急ぎの場合はお電話も必ずお願いします。			
連絡担当者名					

カルテ登録のため氏名・性別・生年月日などは正確にご記載ください。

保険証等の写し(電子カルテの保険情報の写しでも可)の送信もお願いいたします。

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
患者氏名		生年月日	T ・ S ・ H ・ R	年	月 日
現住所	都 道 市 区 府 県 町 村				
自宅電話番号	携帯番号				
国立病院機構 あきた病院を受診されたことはありますか？					
有 ・ 無 ・ 不明			登録番号 (患者ID)		
備考					

国立病院機構 あきた病院 地域医療連携室

〒018-1393 秋田県由利本荘市岩城内道川字井戸ノ沢84番地40

TEL:0184-73-2978 (直通) TEL:0184-73-2002 (代表)

2023/10/4 作成