転院を希望されるご家族の方へのご案内

紹介患者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ さまへ

１　この用紙を正面から入って左側の総合案内にお出しください。

２　当院が初めての方の場合は、新患受付を行っていただきます。

３　当院に通院歴がある場合は、事前に（電子）カルテを作成しております。

＜確認事項＞

１　氏　　名　　：

２　生年月日　　：

３　ご家族が来院される診療予約日時は、

令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：　　です。

：　までには1階総合案内までおこしください。

＊診療上の都合により、医師の診察までお待ちいただく場合があります。
＊医師の診察で、転院日時が決まります。

＜お持ちいただくもの＞

☐　被保険者証

☐　公費負担医療受給者証（交付されている方）

☐　互助会会員証（加入されている方）

☐　限度額適用認定証（交付されている方）

☐　診療情報提供書（紹介状）

☐　その他（レントゲンフィルム、検査結果等必要時）

岩手県立軽米病院

〒028-6302

岩手県九戸郡軽米町大字軽米2-54-5

電話：0195-46-2411（代表）　FAX：0195-46-3681