歯科用診療情報提供書　（受診申込書）

令和　　年　　月　　日

砂川市立病院
地域医療連携室　宛
〒073-0196
砂川市西4条北3丁目1番1号
FAX　0125－54－2252
TEL　0125－54－2131

紹介医療機関
名称
住所
TEL番号
FAX番号
医師氏名　　㊞

患者	フリガナ		性別	当　院 受診歴	1．有　　2．無
	氏名		1.男 2.女	生年月日	明・大・昭 平・令　　年　月　日(　　歳)
	住所	〒 電話番号　(　　)　　－			

紹介目的	1．診療　　2．その他　（　　）
主訴又は 診断名	
既往歴 及び 家族歴	
病状経過 治療経過 現在の処方 要望事項 留意事項	
資料	1.無　　2.有【CD-R・Xﾌｨﾙﾑ・検査記録・その他（　　）】
ADL等	1.歩行可　　2.車いす　　3.ストレッチャー　　4.その他（　　）
患者さんは	1.現在外来でお待ちです　　2.帰宅されました　　3.入院中
希望日・都合の悪い日　等	

＜保険情報＞お手数おかけ致しますが、カルテ作成のため必ずご記載下さい。

被保険者	保険者番号		1．本人　　2．家族
	記号・番号		
公費負担	負担者番号		生保・特疾・乳幼児・障害 ひとり親・その他（　　）
	受給者番号		