診療情報提供書　（受診申込書）

令和　　年　　月　　日

砂川市立病院
総合相談支援室　地域医療連携センター　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	□有　□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			身長 cm	体重 kg

＜希望される診療科にチェックをつけて下さい。以下ご記入下さい。＞

診療科		内科		呼吸器内科		消化器内科		総合診療科		精神科
		脳神経内科		循環器内科		小児科		消化器外科		乳腺外科
		整形外科		形成外科		脳神経外科		心臓血管外科		呼吸器外科
		皮膚科		泌尿器科		人工透析外科		産婦人科		眼科
		耳鼻咽喉科		放射線治療科		救急科				

紹介目的	□診療　□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	□無　□有【CD-R・Xﾌｨﾙﾑ・検査記録・その他（　）】 ↳CD-R等のデータ資料がある場合、患者欄の「身長」「体重」は必須項目です
ADL等	□歩行可　□車いす　□ストレッチャー　□その他（　）
患者さんは	□現在外来でお待ちです　□帰宅されました　□入院中(退院予定日
希望日等	都合の悪い日

＜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		□本人　□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		