

歯科用診療情報提供書 (受診申込書)

平成 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 _____ (印)

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 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		