

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 _____ (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・令 年 月 日 (歳)
	住所	〒 _____ 電話番号 () - _____			

<希望される診療科に○をつけて下さい。以下ご記入下さい。>

診療科	1	内科	2	呼吸器内科	3	消化器内科	4	総合診療科	5	精神科
	6	脳神経内科	7	循環器内科	8	小児科	9	消化器外科	10	乳腺外科
	11	緩和ケア外科	12	整形外科	13	形成外科	14	脳神経外科	15	心臓血管外科
	16	皮膚科	17	泌尿器科	18	人工透析外科	19	産婦人科	20	眼科
	21	耳鼻咽喉科	22	放射線治療科	23	麻酔科	24	心療内科	25	救急科

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		