

診療情報提供書 (受診予約票)

令和 年 月 日

医療機関名
市立札幌病院 御中
(地域医療室 経由)

〒060-8604
札幌市中央区北11条西13丁目
市立札幌病院1階 地域医療室
TEL 707-7705
FAX 707-7706

紹介医療機関
名称
住所
電話番号
FAX番号
医師氏名

印

患者氏名	フリガナ													被保険者手帳 被保険者証	保険者番号															
	男・女														記号・番号															
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)													被保険者の勤務先				電話 () -												
患者住所														公費負担者番号																
														公費負担医療の受給者番号																
電話番号	() -													公費の種類				乳・ひとり親・障・その他 ()												
被保険者氏名							被保険者との続柄						乳・ひとり親・障の場合				(初診時一部負担金・市民税課税)													
														その他				生保・労災・公災・自賠責・(その他)												
市立札幌病院の受診歴					有 (昭・平・令 年頃) ・無													I D カード				有 (No.) ・無								
希望診療科名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	腎臓内科	糖尿病・内分泌内科	リウマチ・免疫内科	血液内科	脳神経内科	小児科	新生児内科	外科	乳腺外科	整形外科	形成外科	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	腎移植外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科・甲状腺外科	リハビリテーション科	感染症内科	放射線治療科	放射線診断科	緩和ケア内科	歯科口腔外科	精神科
患者の状態	歩行可・車椅子・ストレッチャー 薬物過敏 (無・有 /) 感染症 (無・有 / HBS抗原・HCV・ワ氏・MRSA) DM: 有・無																													

1. 紹介目的	1. 検査 2. 診断 3. 治療 4. その他 ()
2. 主訴又は病名	
3. 既往歴及び家族歴	
4. 症状経過及び検査結果	
5. 治療経過及び検査目的	
6. 現在の処方	
7. 備考 患者に関する留意事項 要望事項	

※ 1~7の事項に関しましては、別紙でご添付頂いても結構です。(要旨のみの記載可)