

診療情報提供書

平成 年 月 日



濟生会小樽病院
地域医療連携室 宛

紹介元医療機関

FAX: 0134-21-301
6
TEL: 0134-21-301
9
代表電話: 0134-25-4321

名称:
電話番号:
FAX番号:
.....
医師名:

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
患者氏名	住所
男・女	電話 () -

希望受診科【 科】

<input type="checkbox"/> 外来希望	<input type="checkbox"/> 検査希望	<input type="checkbox"/> 入院希望	<input type="checkbox"/> その他 ()
外来診察または入院の際	医師の指定	無・有 (医師)	
	日付の指定	無・有 (月 日 AM・PM)	
検査のみの場合	読影・診断	要・不要	
希望する検査	1. CT (部位) 単純・造影	4. 超音波検査	
	2. MRI (種類) 部位 ()	5. その他	
	3. 消化管内視鏡 (胃・大腸)	[]	

主病名

症状経過・治療経過・現在の処方等

ADL状態等

薬剤アレルギー (有・無・不明) 食物アレルギー (有・無・不明)

●保険者証・公費負担受給者証原本のコピーを送信お願い致します。コピー送信が出来ない場合には、以下に記載して下さい

被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 長寿	保険者番号	記号・番号
後期高齢	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 3割	市町村番号	記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	負担者番号	記号・番号