

診療情報提供書

令和 年 月 日



北海道済生会小樽病院
地域医療連携室 宛

紹介元医療機関

FAX: 0134-25-4362

TEL: 0134-21-3019

代表電話: 0134-25-4321

※ 緊急時の場合には直接医師にご連絡をお願いいたします。

住所:

名称:

電話番号:

FAX番号:

医師名:

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