

# FAX受診申込書・診療情報提供書

電話番号：0154-41-6121（代表）

FAX番号：0154-41-6511（医療連携相談室直通）

市立釧路総合病院

平成 年 月 日

科

宛

紹介元医療機関 様

医療機関名

電話番号 - -

診療科

FAX番号 - -

ご担当医

印

送信担当者名

来院ができない日をご記入ください。（

）

フリガナ		住所 〒 - -
患者氏名		
性別	男・女（ ）歳	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	電話番号 - -
入外区分	外来通院中・入院中	移動 独歩・車いす・ストレッチャー
保険番号		公費負担番号
記号	番号	公費負担医療受給番号
被保険者との続柄		公費負担医療受給番号

傷病名	
紹介目的	1 検査・診断 2 診療 3 その他（ ）
1 既往症	
2 病状経過	
3 検査結果	
4 治療経過	
5 現在の処方	
6 備考	画像診断フィルム（ 枚 ） 検査データ等（ 枚 ） を添付します。