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（患者サポートセンター直通）

市立釧路総合病院

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	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。