

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	() 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	
当院受診歴	あり ・ なし	『あり』の場合、氏名・住所変更	あり ・ なし
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 資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 事前郵送 <input type="checkbox"/> 当日持参 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> その他() ※極力事前郵送をお願いいたします。		