

診療情報提供書（予約票）

北海道整形外科記念病院
 地域医療連携室 宛
 TEL 011-812-7001（内線 126）
 FAX 011-823-9567

住所
 医療機関名
 医師名
 TEL ()
 FAX ()

フリガナ		性別	患者様 住所	
患者氏名		男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話		

紹介目的	1. 診察 2. 検査 3. その他 ()
主訴または傷病名	
症状経過および検査指示	
治療経過、現在処方等	

予約希望日	第1希望	月	日	時	第2希望	月	日	時
その他連絡事項								

保										険										
社会保険・国民健康保険・労災保険										自賠償の場合 請求先										
公務災害・自賠償・一般・生保																				
保険者番号					本人・家族	併用保険					負担者番号					受給者番号				
記号	番号	負担割合				1. 特定疾患														
						2. 乳・親・障	市町村番号					受給者番号								
						3. その他()														