

# 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  
 TEL011-812-7001(代表)  
 FAX011-823-9567

住所  
 医療機関名  
 医師名  
 TEL  
 FAX

フリガナ		性別		
患者氏名		男・女	患者住所	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号		

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	
患者の状態	歩行可・車いす・ストレッチャー 付添い 無・有(看護師・家族・その他)

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			自賠責の場合 請求先	
公務災害・自賠責・一般・生保				
保険者番号	本人・家族	併用保険	負担番号	受給者番号
記号		1.特定疾患		
番号	負担割合	2.乳・親・障	市町村番号	受給者番号
	割	3.その他( )		

