

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	患者住所	
患者氏名		男・女		
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		番号	1.特定疾患		
		負担割合	2.乳・親・障	市町村番号	受給者番号
		割	3.その他()		

1カ月以内に以下の項目に
あてはまるものはありますか？

PCR検査を受けたことがある はい いいえ

新型コロナウイルス感染者・発熱者と濃厚接触した はい いいえ

下記の症状がひとつでもあった はい いいえ

37.5°C 以上の発熱 咳 喉の痛み 息苦しい
 味覚・嗅覚障害 など

飲食店など、密な所へ外出した はい いいえ

コロナが発生している病院・クリニックを受診した はい いいえ

道外・海外を行き来した はい いいえ

令和 年 月 日

本日の体温 $^{\circ}\text{C}$