

# 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
		1.特定疾患		
記号	番号	負担割合	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
  
- 新型コロナウイルス感染者・発熱者との濃厚接触
  
- 体調について
  - （ 37.5℃以上の発熱 咳 喉の痛み 息苦しい ）
  - （ 体がだるい 味覚・嗅覚障害 下痢等 ）
  
- コロナが発生している病院・クリニックなどの受診
  
- 道外への行き来