

# 診療情報提供書(予約票)

記載年月日 年 月 日

北海道整形外科記念病院

地域医療連携室 行

FAX 011-812-7011

TEL 011-812-7001 (代)

受付時間 : 平日9:00~16:30

## 紹介元医療機関

医療機関名	
住所	
医師名	
TEL番号	
FAX番号	
ご担当者名	

## 患者情報

フリガナ		性別		住所	
患者氏名		男・女			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	TEL			
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 労災				

当院受診歴	1. あり (ID ) 2. なし
診療科	1. 整形外科 2. リウマチ・膠原病内科
主訴または傷病名	
既往歴及び家族歴	
症状経過 治療経過	<input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 下記参照  ※画像CD-Rは、受診当日にご持参ください。
患者の状態	<input type="checkbox"/> 独歩可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 現在外来でお待ちです <input type="checkbox"/> 帰宅されました <input type="checkbox"/> 入院中です
受診希望日 など	
要望留意 事項等	

1ヵ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℃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・海外へ行き来した はい ・ いいえ

令和          年          月          日

         本日の体温          °C