

診療情報提供書 (受診予約票)

平成 年 月 日

医療機関名 〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目 独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 医療連携室 宛 FAX 011-811-9110 TEL 011-811-9117	紹介医療機関 名 称 住 所 電 話 番 号 F A X 番 号 医 師 氏 名
---	---

印

患者氏名	フリガナ 男・女										<small>被 保 険 者 手 帳</small>	<small>被 保 険 者 証</small>	保険者番号										
											記号・番号												
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)										被保険者の勤務先		電話() -										
患者住所											公費負担者番号												
電話番号	() -										公費負担医療の受給者番号												
被保険者氏名						被保険者との続柄					乳・母子・障												
											その他		生保・労災・公災・自賠責・(その他)										
国立札幌病院の受診歴			有(昭・平 年頃)・無								IDカード		有()・無										
希 望 診療科名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
	血液科	呼吸器科	循環器科	消化器科	精神・神経科	小児科	外科	呼吸器外科	乳腺内分泌外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	放射線科	麻酔科	脳神経外科	心臓血管外科	形成外科			
紹介目的	1.診療 2.検査 3.その他()																						
主訴又は疾病名																							
既往歴(検査含)及び家族歴																							
病状経過 治療経過 現在の処方等																							
要望事項 留意事項等																							

本用紙をFAXでお送りください。
 受診日が決まりましたら「受診予約受付票」をFAXで返信しますので、患者様にお渡しください。