

市立千歳市民病院 受診予約票・診療情報提供書（受診申込書）

令和 年 月 日

市立千歳市民病院

ご紹介医療機関情報

地域医療連携課 宛

医療機関名

〒066-8550

住所

千歳市北光2丁目1番1号

TEL

FAX 0123-49-6729

FAX

TEL 0123-24-3000（内線）8139/8529

医師氏名

印

患者	フリガナ		性別	当院 受診歴	1. 有	2. 無
	氏名		1.男 2.女	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日(歳)
	住所	〒 電話番号 ()				

<希望される診療科に○をつけて下さい>

診療科	内科				循環器科		消化器科	小児科	外科			脳神経外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	麻酔科
	一般	呼吸器	無睡眠時 呼吸	（出張医） 膠原病	（出張医） 血液	循環器			糖尿病	一般	緩和ケア								
紹介目的	診察		入院		精査		その他 ()												
主訴又は 診断名																			
既往歴 及び 家族歴																			
病状経過 治療経過 現在の処方 要望事項 留意事項	□別紙診療情報提供書に記載																		
資料	画像資料 (CDROM)													あり	なし				
ADL等	自力歩行		車椅子		寝たきり		その他 ()												
患者さんは	外来で待機中		帰宅済		入院中														
予約希望日	第1希望	月	日	第2希望	月	日	その他												

<保険情報>

被保険者	保険者番号		1. 本人 2. 家族
	記号・番号		
公費負担	負担者番号		生保・特疾・乳幼児・障害 ひとり親・その他 ()
	受給者番号		