

診療情報提供書（予約申込書）

**小樽市立病院
患者支援センター 宛**

〒047-8550
小樽市若松1丁目1番1号
電話 0134-25-1211（代表）
電話 0134-25-1605（直通）
FAX 0134-25-1600（専用）

紹介医療機関名

住所 _____
電話 _____
FAX _____
診療科 _____
医師名 _____

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日（才）
住所	〒		電話番号 () -

診療科 ※精神科は予約をお取りしていません。	耳	鼻	咽	喉	科	小	児	科	整	形	外	科	脳	神	経	外	科	脳	神	経	（	し	び	れ	）	神	経	内	科	心	臓	血	管	外	科	泌	尿	器	科	婦	人	科	糖	尿	病	内	科	腎	臓	内	科	リ	ウ	マ	チ	科	血	液	内	科	内	分	泌	内	科	消	化	器	内	科	消	化	器	（	肝	臓	）	呼	吸	器	内	科	循	環	器	内	科	形	成	外	科	皮	膚	科	眼	科	麻	酔	科	（	ペ	イ	ン	）	麻	酔	科	（	緩	和	）	放	射	線	治	療	科
	受診希望日	第1希望		年	月	日	時	／ いつでも良い		／ その他（ ）		第2希望		年	月	日	時	／ いつでも良い		／ その他（ ）																																																																																																	
希望医師名	（ ）		<input type="checkbox"/> 特になし																																																																																																																		
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来でお待ちです		<input type="checkbox"/> 帰宅済み		<input type="checkbox"/> 入院中																																																																																																																
患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可		<input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> ストレッチャー																																																																																																																
	感染症（無・有／HBS抗原・HCV・ワ氏・MRSA・結核）																																																																																																																				

1. 紹介目的	1. 検査・診断 2. 治療 3. その他（ ）
2. 主訴・傷病名	
3. 既往歴	
4. 症状経過・治療経過・現在の処方等	<input type="checkbox"/> 別紙参照

下記の情報は保険証のコピーをFAXしていただいても結構です

被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）		受給者番号