

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関

医療法人 為久会 札幌共立五輪橋病院

科 \_\_\_\_\_ 先生

**[地域医療連携室]**

〒005-0802 札幌市南区川沿 2 条 1 丁目 2-54

TEL 011-571-8221

FAX 011-571-0065

紹介元医療機関

名称及び所在地

医師名

TEL

FAX

患者氏名	様	職業	
生年月日	生	才	性別
患者住所			
紹介目的…主訴又は傷病名			
既往歴及び家族歴			
病状経過及び検査結果、処方			
受診希望日			
第一希望	月	日 ( )	午前・午後 第二希望 月 日 ( ) 午前・午後

- \*事前にカルテを準備しますので、保険証を FAX 願います。
- \*保険証を FAX できない場合は、下記の患者さま保険情報欄へご記入下さい。
- \*なお、受診時、受付窓口にて保険証原本の確認をいたします。

## 患者様保険情報欄

保険者番号		本 家	公費負担番号		有 効 期 限	自	H . .
記号・番号			受者番号				
保険者		者	公費負担番号		有 効 期 限	自	H . .
		S・H 年 月 日	受者番号				
		年 月 日					