

診療申込書
(診療情報提供書)

＜貴院にて保管してください＞

年 月 日

登別厚生年金病院
地域連携室 行き
〒059-0598
登別市登別温泉町133番地
直通 TEL 0143-84-2860
直通 FAX 0143-84-2885

依頼医療機関
所在地
名称
医師名
TEL
FAX

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

*カルテ準備のため情報をお願い致します。

保険者番号	記号番号	本人・家族
後期高齢者保険者番号 39	被保険者番号	1割・3割
公費負担者番号	受給者番号	

受診科	1. 整形外科 2. 外科 3. 消化器科 4. 循環器科 5. 泌尿器科 6. 神経内科 7. ペインクリニック 8. リハビリ科 9. その他()
-----	--

医師名	医師の指定があれば、ご記入下さい。
-----	-------------------

紹介目的	1. 診療(入院・外来) 2. 手術 3. その他()
------	------------------------------------

ADL等	1. 独歩 2. 要介護 3. 車椅子 4. 寝たきり 5. その他()
------	---

病名・病状・コメント等(不足する場合は、適宜用紙にて、お願いいたします。)	
---------------------------------------	--

添付資料	<input type="checkbox"/> レントゲンフィルム <input type="checkbox"/> 内視鏡フィルム <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

希望日	来院可能な複数の日時をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 可能な月日(月 日 時) (月 日 時)
-----	--

受付時間は、月～金曜日の午前9時から午後5時までです。30分ほどで折り返し、お電話または、FAXいたします。30分経過後、当院から連絡がない場合は、誠に恐縮ですが、ご一報頂ければ幸いです。FAXの受付は、24時間受け付けておりますが、時間外・休日・祝日の返信については、翌日もしくは翌々日になりますのでご了承下さい。
※ 休診日 土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)