

# 診療情報提供書（受診申込票）

（様式－1）

記載月日/令和 年 月 日

JA北海道厚生連網走厚生病院  
 地域医療連携・入退院支援科  
 〒093-0076  
 北海道網走市北6条西1丁目9番地

**\* 紹介元医療機関**

郵便番号  
 住 所  
 名 称  
 医師氏名  
 電話番号  
 F A X

**連携室直通 FAX 0152-45-0174**  
 病院代表TEL 0152-43-3157（内線2086）

フリガナ				住所				
患者氏名	男・女（旧姓／ ）							
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生（	歳）	電話番号	— —	
□診療希望	<input type="checkbox"/> 内科・消化器科		<input type="checkbox"/> 呼吸器科		<input type="checkbox"/> 循環器科		<input type="checkbox"/> 小児科	
	<input type="checkbox"/> 外科		<input type="checkbox"/> 脳神経外科		<input type="checkbox"/> 整形外科		<input type="checkbox"/> 産婦人科	
	<input type="checkbox"/> 泌尿器科		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科		<input type="checkbox"/> 眼科		【希望医師： 】	
□検査希望	□C T	(部位： )		□MRI	(部位： )			
		(造影： 有 ・ 無 )			(造影： 有 ・ 無 )			
		(読影： 要 ・ 不要 )			(読影： 要 ・ 不要 )			
	□超音波	(部位： )		□R I	(部位： )			
		(読影： 要 ・ 不要 )			(読影： 要 ・ 不要 )			
	□骨塩定量				□マンモグラフィー 両方 ・ 左 ・ 右			
	□レントゲン (部位： )				□ホルター心電図			
□スパイロ				□ABI・PWV測定				
□脳波				□聴力検査				
希 望 日	第1 予約希望： 令和 年 月 日 ( 曜日 ) 時頃							
	第2 予約希望： 令和 年 月 日 ( 曜日 ) 時頃							
	<input type="checkbox"/> いつでも良い							
	<input type="checkbox"/> その他							
主訴傷病名								
既往歴								
症状経過 治療経過 処方等								
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		身長 ( cm )	
	感染症		<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		HB HC TPHA		体重 ( . kg )	
	体内外金属		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		薬剤過敏		MRSA 他 ( )	
	腎機能異常		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		造影剤過敏		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・ CD-R ・ フィルム ・ その他 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 郵送							

**保険情報**

■被保険者証（本人・家族）（0割・1割・3割）				■後期高齢者被保険者（1割・3割）			
保険者番号				市町村番号			
記号・番号				受給者番号			
資格取得日				有効期間			
有効期間							
乳・ひとり親・障害		記号・番号：		有効期間：		年 月 日～ 年 月 日	
その他 生保・ 労災・ 公災・ 自賠責・ その他 ( )							