

**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

独立行政法人地域医療機能推進機構 登別病院

依頼医療機関

JCHO 登別病院 (旧 登別厚生年金病院)

名称

地域連携室 行き

医師名

〒059-0598

所在地

登別市登別温泉町133番地

直通 TEL 0143-84-2860

TEL

直通 FAX 0143-84-2885

FAX

フリガナ		患者 住所	〒
患者氏名	様 男・女		
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)