こちらから送信ください

# ＦＡＸ受診申込書・診療情報提供書（提出用）

FAX（0154－32－3465）

該当するものがございましたら○をつけて下さい。

（　重度　・　ひとり親　・　乳児　）　課・初

市町村番号　　受給者番号

| | |
|---|---|
| 公費負担番号 | |
| 公費負担医療の受給者番号 | |

前期高齢割合
老人給付割合
（　　割）

令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 保険者番号 | |
| 記号 | 番号 |
| 被保険者との続柄 | （本人　・　家族） |

※ご紹介元医療機関様

所在地

医療機関名

診療科

医師名

事務担当者

TEL　　－　　－

FAX　　－　　－

## 釧路労災病院

科　　宛

第１希望日　　年　　月　　日

第２希望日　　年　　月　　日

入院区分　　外来通院中　・　入院中

| | |
|---|---|
| フリガナ | 住所　〒 |
| 患者氏名　　様　男・女 | |
| 生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日 | Tel　　－　　－ |

| | |
|---|---|
| 傷病名 | ※今回目的傷病名に○をつけて下さい。 |
| 紹介目的 | 1．検査・診断　　2．治療　　3．その他（　　） |
| 1 既往歴 家族暦 | □　別紙のとおり |
| 2 症状経過 検査結果 | |
| 3 治療経過 | |
| 4 現在の処方 | |
| 5 備考 | CD－R（　　枚）<br>1．画像診断フィルム（　　枚）、検査記録（　　枚）を添付いたします。 |