社会医療法人 母恋
天使病院
地域医療連携室　宛
〒065-8611
札幌市東区北12条東3丁目1-1
ＦＡＸ　（011）711-1049
ＴＥＬ　（011）711-1042

診療情報提供書（診察申込書）

記載日：

紹介医療機関名

医　師　氏　名

ＴＥＬ
ＦＡＸ

フリガナ		性別	住所	
患者様氏名			電話番号	
生年月日	年　月　日生（　歳）		天使病院受診歴	□ 有　□ 無

希望される診療科名に○印をつけて下さい。

○印																	
診療科	呼吸器内科	消化器内科	血液内科	糖尿病内科	循環器内科	小児科	NICU	外科	乳腺外科	小児外科	鼠径ヘルニア・臍ヘルニア・センター	産科	婦人科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	精神科	形成外科

診察希望医師		診察希望日	月　日（　）午前・午後　特になし

紹介目的	□ 診察　□ 入院希望　□ その他（　）
傷病名	
症状経過 検査結果 治療経過	
現在の処方	
患者様の状態	□ 歩行可　□ 車椅子　□ ストレチャー　認知症　□ 無　□ 有（　）

2017.04.14改