受診予約票・診療情報提供書 （ 提出用 ・ 控え用 ）

平成　　年　　月　　日

紹介先

KKR札幌医療センター

科　　医 師

〒062－0931
札幌市豊平区平岸1条6丁目3－40
地域連携室
TEL 0120－552－303
FAX 011－832－9624

紹介元
住所
医師氏名　㊞
TEL
FAX

診療希望科へ（該当する番号に○をお付け下さい）

希望診療科	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
	内科	神経内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	代謝内分泌科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	麻酔科	脳神経外科	心臓血管外科	放射線科（読影）	・コピー要	・コピー不要

患者	フリガナ		札幌医療センター受診暦	1. 有　2. 無
	氏 名	男 ・ 女	生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　歳）
	住 所	〒 電話番号 自宅（　）　－　　電話番号 連絡先（　）　－		
診断名		主 訴		
紹介目的	1. 診療　2. 入院　3. 検査（　）　4. その他（　）			
ADL等	1. 自力歩行　2. 要介助　3. 寝たきり　4. その他（　）			

①主訴　②家族暦　③現病歴　④現症　⑤検査所見　⑥治療経過　⑦現在の処方　⑧その他

患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

予約希望日または曜日	第1（　月　日／　曜日）午前・午後	第2（　月　日／　曜日）午前・午後

	保険者番号	記 号・番 号	
主保険			1. 本人 2. 家族

	負担者番号	受給者番号	種 別
併用保険			老（　）割・乳・母・障・その他（　）
併用保険			老（　）割・乳・母・障・その他（　）

備考　札幌医療センターの受付（カルテ、カードの作成等）につきましては地域連携室が事前に行いますので、ご面倒ですが保険者番号等は 必ずご記入下さい。
ご不明な点はお手数ですが地域連携室までご連絡下さい。