

札幌しらかば台篠路病院（入院・受診申し込み票）

平成 年 月 日

医療機関名

社会医療法人 康和会 札幌しらかば台篠路病院
〒 002-8027 札幌市北区篠路7条4丁目2番15号
TEL 011-773-0711 FAX 011-773-2957
E-mail shinoro-renkei@kouwakai.or.jp

紹介元医療機関

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

フリガナ		生年月日	
患者氏名	様（男 ・ 女）	（明・大・昭・平）	年 月 日 歳
住 所		電話番号 （ ） ー	
当院受診歴 有（ ）年頃・無	患者様の状況 1. 紹介元の外来 2. 紹介元に入院、入所中 3. その他（ ）		

照 会 目 的

1. 診療 2. 検査 3. 入院 4. その他（ ）

FAX送信の際は、当院地域医療連携室(011-775-1650)までお電話くださいますようお願いいたします。

FAX：（直通）011-775-1650又は

地域医療連携室宛まで

（FAX、E-mailどちらでも構い

E-mail：shinoro-renkei@kouwakai.or.jp

ません）

- ※ 書式は問いませんので、診療情報提供書を添付してFAXもしくはE-mailを頂けると幸いです。
- ※ 保険者証・公費負担受給者証のコピーを送信お願いいたします。コピーの送信ができない場合には、下記へ記載してください。

【保 険 情 報】

被 保 険 者	・	被 保 険 者 番 号	記 号 ・ 番 号
公 費 負 担	（ ）	負 担 者 番 号	受 給 者 番 号

要 望 事 項	・ ご都合の悪い日がございましたら、お知らせください
留 意 事 項	