

診療情報提供書（提出用）

平成 年 月 日

保険番号				
記号	番号			
被保険者との続柄	（本人・家族）			

北海道立北見病院

* ご紹介元医療機関様

科 殿

受診希望日 年 月 日

変更日 年 月 日

所在地

医療機関名

主治医 印

FAX

フリガナ	住所
患者氏名 男 様 女	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()	

傷病名	
紹介目的	1. 検査・診断 2. 診療 3. その他 ()
既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、治療経過、現在の処方等（別紙可）	

診療情報提供書《紹介病院様（控）》

平成 年 月 日

保険番号			
記号	番号		
被保険者との続柄	(本人・家族)		

北海道立北見病院

* ご紹介元医療機関様

科 殿

受診希望日 年 月 日

変更日 年 月 日

所在地

医療機関名

主治医 印

FAX

フリガナ	住所
患者氏名 男 様 女	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()	

傷病名	
紹介目的	1. 検査・診断 2. 診療 3. その他 ()
既往歴、家族歴、症状経過、検査結果、治療経過、現在の処方等 (別紙可)	