

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関 大手前病院

科

先生

紹介元医療機関

住 所 〒

医療機関名

T E L

F A X

医師氏名

印

患 者	フリガナ 氏 名	男 ・ 女		
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (才)	
住 所	〒			
	TEL・自宅 ( )	—	連絡先 ( )	—
傷 病 名				
紹 介 目 的	1. 診察 2. 検査 3. 手術 4. 入院 5. その他 (該当する番号に○印をつけて下さい)			
受診希望日	第1 ( 月 日 曜日) ・ 第2 ( 月 日 曜日)			
受診決定日 (予約日)	(*電話等で受診日が決まっている場合はこちらにお書き下さい) 月 日 曜日 時 分			
①既往歴 ②家族歴 ③病状経過 ④検査結果 ⑤治療経過 ⑥現在の処方 ⑦その他				
患者に対する留意事項 薬物禁忌：無 ・ 有 ( ) 感染症：無 ・ 有 ( ) その他：				

※以下の欄は丁寧に正確にご記入下さい。又指定された日時に必ず保険証（以前に当院を受診された方は診察券）をご持参いただくよう患者様にお伝え下さい。

保 險 証 備 考	保険者番号		公費負担者番号	
	記号	番号	公費受給者番号	
	本人・家族	当院受診歴 有 ・ 無		
	一部負担金割合	1割・2割・3割		
	一部負担金助成	有 ・ 無		