診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

紹介先医療機関　大手前病院
放射線　科　担当医

紹介元医療機関
住　所　〒

ＴＥＬ
ＦＡＸ
医師氏名　　印

患者	ﾌﾘｶﾞﾅ 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○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 (検査予約日)	（＊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　時間　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）をご持参頂くよう患者様にお伝え下さい。

保険証	保険者番号			公費負担者番号	
	記号		番号	公費受給者番号	
	備　考	本人・家族 老人一部負担金割合　1割・2割 老人一部負担金助成　有　・　無			

大手前病院　地域医療連絡室　ＴＥＬ（06）6966-5335　ＦＡＸ（06）6966-5336