

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 〒

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 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 一部負担金割合 1割・2割・3割 一部負担金助成 有 ・ 無		