

診療情報提供書

申込日 年 月 日

受診希望 診療科	科 <input type="checkbox"/> 外来担当医師 <input type="checkbox"/> 医師	依頼医療機関 住所 TEL・FAX 医師氏名
	担当医師への連絡 済・未 連携室への連絡 済・未	

ふりがな 患者氏名	(男・女)	住所 〒 -	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	TEL (自宅) - - (携帯) - -	
公費負担者番号		保険者番号	
受給者番号		被保険者証の記号番号	
保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	被保険者名	続柄(本人・家族)

※保険情報は保険証のコピーをFAXしていただく場合は記入不要です。

受診(予定)日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 未定(後日必ず受診日をご連絡下さい)	来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 () A D L <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()
依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 受診日当日の入院 <input type="checkbox"/> その他の検査(内容:) 時 分 予約済 (11時以降の診察・当日の入院依頼につきましては事前に医師にご連絡をお願いします。代表TEL 097-532-6181) <input type="checkbox"/> 放射線科検査(事前に電話でのご予約をお願いします) [<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 () (撮影部位:) 造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 当院Dr判断]		
傷病名 紹介目的			
1. 既往歴 家族歴			
2. 症経過			
3. 検査結果			
4. 治療経過			
5. 処方			
6. 備考			

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。