

診療情報提供書

(大手前病院用)

令和 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

フリガナ	
患者氏名	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 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ご記入下さい) 月 日 曜日 時 分
①既往症 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	一部負担金割合 一部負担金助成	本人 ・ 家族 有 ・ 無	当院受診歴 有 ・ 無