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	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）
やくばと	□やくばと申し込み済（チェック時は下記受診希望日は記載不要です）
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マイナ保険証（以前に当院を受診された方は診察券も併せて）をご持参いただくよう患者様にお伝え下さい。

保険情報	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			
	備　考　一部負担金割合　　１割・２割・３割			
	一部負担金助成　　有 ・ 無			

大手前病院　地域医療連携センター　　ＴＥＬ（06）6966－5335　　ＦＡＸ（06）6966－5336