

## 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

紹介元医療機関

科 先生

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	<input type="checkbox"/> 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								
	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