

## 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

TEL

FAX

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	
<input type="checkbox"/> 既往症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 治療経過 <input type="checkbox"/> 現在の処方 <input type="checkbox"/> 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 險 證	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							當院受診歴		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												