紹介状(診療情報提供書)

年　月　日

明 和 病 院　地域医療室 宛　【FAX】(0798)47-1832[直通]　【TEL】(0798)47-1563[直通] (0798)47-1767[代表]

ＥＲ・内(総合診療・消化器・糖尿病・循環器 血液・呼吸器・腎臓・腫瘍) 外(一般・消化器・乳腺・甲状腺・呼吸器) 整形・産婦・小児・眼・耳・皮膚・形成 泌尿器・透析・歯科口腔・放射線　科 医師 ※医師のご指定がない場合は、科名のみをご記入下さい。 【希望日】　月　日(　)　午前・午後	【医療機関名】 【所　在　地】 【医　師　名】 【TEL】(　)　-　【FAX】(　)　-

フ リ ガ ナ

【患者氏名】　様　(男・女)　M・T・S・H　年　月　日(　歳)

【当院の受診歴】 無 ・有 (当院ID:　)

【住所】〒　－　【TEL】(　)　-

紹介目的	入院・外来・手術・セカンドオピニオン・報告・その他(　) 胃カメラ(経口・経鼻)鎮静(無・有)・大腸カメラ鎮静(無・有)・エコー検査(部位:　) CT・MRI(単純・造影)【部位:　】・骨塩<DEXA>・胃透視・注腸検査
病　名 (主訴)	
既往歴 (家族歴)	
患者情報	【アレルギー ・ 薬剤アレルギー】無 ・ 有(　)【喘息】　無 ・ 有 【狭隅角緑内障】 無 ・ 有　【抗凝固剤使用の有無】 無 ・ 有 【糖尿病薬(ビグアナイド系)】 無 ・ 有　【腎機能】クレアチニン(　mg/dl:採取日　/　) HBs-Ag(＋ ・ －) HCV-Ab(＋ ・ －) TPHA(＋ ・ －) MRSA(＋ ・ －)【検査日】　.　.
病状 治療経過 現在処方	

↓カルテ作成依頼欄　※貴院カルテに下記項目の記載がある場合、コピーをFAXしていただいても結構です。

保険者番号		本人・家族	公費	負担者番号		☐ 高齢受給者証	
記号・番号	・			受給者番号		有効期限	平成　年　月　日
有効期限	平成　年　月　日			有効期限	平成　年　月　日	負担割合	1 ・ 2 ・ 3
負担割合	1 ・ 2 ・ 3			負担割合	0 ・ 1 ・ 2 ・ 3	☐ 特定疾病(長)	
☐ 生活保護　☐ 労災　☐ 交通事故 ☐ その他(　)			☐ なし	外来負担金	円/日まで(月　回)	有効期限	平成　年　月　日
				入院負担金	円/月まで	負担金額	1万円 ・ 2万円

「改訂:H28.11.10」