

# 紹介状(診療情報提供書)

平成 年 月 日

明和病院 地域医療室 宛 【FAX】(0798)47-1832[直通] 【TEL】(0798)47-1767[代表]

内・循内・外・整形・形成・皮膚 泌尿器・産婦人・小児・眼・耳鼻咽喉 腎内・透析・放射線・歯科口腔外 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。 【受診希望日】 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)		←お手数ですが、フリガナもご記入下さい。 【住所】 〒 - 【TEL】 ( ) -	
紹介目的	入院・外来受診・手術・エコー(腹部・頸動脈)・胃カメラ(経口・経鼻・鎮静) 胃透視・注腸・セカンドオピニオン・報告・その他( )	CT・MRI(単純・造影)・骨塩<DEXA>	【部位】
病名 (主訴)			
既往歴 (家族歴)	【薬剤アレルギー】 無・有 ( )		
病状及び 治療経過			
検査結果	HBs-Ag(+・-) HCV-Ab(+・-) TPHA(+・-) MRSA(+・-) 【検査日】 . . 【部位】		
現在処方			

※必要がございましたら、検査記録等をご添付下さい。

↓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、コピーを添付してFAXいただいても結構でございます。

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

【地域医療室直通FAX】(0798)47-1832

[改訂:H23.10.1]