

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 <div style="text-align: right;">科</div> <div style="text-align: right;">医師</div> ※医師のご指定がない場合は、科名のみをご記入下さい。	【医療機関名】 【所在地】 【医師名】 【TEL】 () - 【FAX】 () -
フリガナ 【患者氏名】 様 (男・女) 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(当日抜歯含む)・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 記号・番号 有効期限 負担割合	本人・家族 年 月 日 1 ・ 2 ・ 3	公費 <input type="checkbox"/> なし	負担者番号 受給者番号 有効期限 負担割合 外来負担金 入院負担金	円/日まで (月 回) 円/月まで	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 有効期限 年 月 日 負担割合 1 ・ 2 ・ 3 <input type="checkbox"/> 特定疾病(長) 有効期限 年 月 日 負担金額 1万円・2万円
<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 ()					