

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・内分泌 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・小児) 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 【希望日】 月 日() 午前・午後 【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【旧姓】 (男・女) 【生年月日】 年 月 日生(歳) 【住所】〒 【自宅】() - 【携帯】() - 【明和病院受診歴】 無・有 (明和病院ID:) | |
| 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: 】・CTコロノグラフィ・骨塩<DEXA> | |
| 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】無・有 【体内金属】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 / /) 【感染関連】HBs-Ag(+・-) HCV-Ab(+・-) TPHA(+・-) MRSA(+・-) 検査日: / / | |
| 病状 治療経過 現在処方 | |

【患者状況】 患者待機中 帰宅済み 入院中(退院予定日 年 月 日)

| | | | | | | | |
|--|-------|---------------|--------|-------|------------|----------------------------------|---------|
| 保険者番号 | | 本人 ・ 家族 | 公 費 | 負担者番号 | | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | |
| 記号・番号 | | | | 受給者番号 | | 有効期限 | 年 月 日 |
| 有効期限 | 年 月 日 | | | 有効期限 | 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 | <input type="checkbox"/> 特定疾病(長) | |
| <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() | | | な し | 外来負担金 | 円/日まで(月 回) | 有効期限 | 年 月 日 |
| | | | | 入院負担金 | 円/月まで | 負担金額 | 1万円・2万円 |

中施地-5-031-240701

[改訂:2024.7]