

患者紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関

病診連携室行き F A X

平成 年 月 日

津田沼中央総合病院

所在地

医療機関名

科 先生

T E L

受診予定日 月 日 時頃

F A X

医師氏名

⑩

・緊急性 (有・無)

・津田沼中央総合病院受診歴 (有/無)

・入院の希望 (有・無)

*有の場合のみ 科 年 月頃

公費負担者番号

保険者番号

公費負担医療の受給番号

記号・番号

負担割合

1割・3割

被保険者との続柄 本人・家族

| | | | | |
|------|---|------|-----------------------|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | 男・女 |
| 患者氏名 | | | | |
| 住所 | ⑩ | TEL | () | |

| | |
|----------------------|---|
| 紹介目的 | 受診・精査・入院・転医・その他 () 手術・リハビリテーション 患者返送希望 (有・無) |
| 病名 (主訴) | |
| 既往歴 (家族歴) | 薬物アレルギー (有・無) |
| 病状経過 治療経過 検査結果 | |
| 現在の処方 | |

資料持参 (無 ・ 有 レントゲンフィルム・心電図・検査記録)