

## 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

公費負担医療の受給番号

保険者番号

記号・番号

被保険者との続柄 本人・家族

負担割合

1割・3割

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・超音波検査 ( 腹部 ・ 頸部・甲状腺 ・ 乳腺 ・ 心臓 ・ その他 )
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 )