

診療情報提供書 (FAX患者紹介)

20 年 月 日

紹介先 北信総合病院 ()科御中
 送信先 地域医療連携課 FAX受付 紹介元医療機関
 TEL 0269-23-2160 所在地・TEL
 FAX 0269-22-2812 医師氏名 ⑩

患 者	フリガナ 氏名 住所	生年月日 M・T S・H	年	月	日	歳	男・女
					TEL	—	—
					携帯電話	—	—

傷病名

紹介目的 精査・加療・入院・手術・その他

既往歴 薬剤アレルギー 有・無

症状経過

検査結果

治療結果

処方状況

世帯区分	身内又は担当者の氏名	続柄	電話番号	住所	病院付添者
独居					
高齢世帯					

備考 北信総合病院ID ()

- 備考
1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付して下さい。
 2. 必要がある場合は、画像診断のデータ・検査の記録等を添付して下さい。

来院予定日： 月 日 時 分 希望医師 _____ 特になし

保 険 情 報	保険種類：国保・社保・老人 (割) ・公費 (本人・家族) ・交通事故・労災	
	保険者番号	(交通事故)保険会社名
	記号・番号	担当者名・連絡先