

診療情報提供書

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



患者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日	歳	男・女
	住 所	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 I D ()							
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（本 人・家 族）・高 齢 者（ 割）・生 保・交 通 事 故・労 災						
	保 険 者 番 号 記 号・番 号			(交通事故)保険会社名 担 当 者 名・連 絡 先			