

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

印

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 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(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			