

# 共同利用申込書（診療情報提供書）

平成 年 月 日

（紹介先）公立学校共済組合関東中央病院

担当科 \_\_\_\_\_ 科

医師名 \_\_\_\_\_ 殿

（紹介元）

FAX 03-3429-1702（専用）

TEL 03-3429-1346（直通）

03-3429-1171（代表）

医療機関名：

医師氏名：

電話番号：

FAX 番号：

（フリガナ）	性別	生年月日
患者氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日生 （ 歳）
住所 〒 TEL(自宅・携帯) ( ) - 職業 ( )		
希望検査名：	検査希望日： 月 日 ( )	
傷病名：		
紹介目的：		
既往症及び家族歴：		
症状経過及び検査結果：		
治療経過：		
現在の処方：		
感染症 1.HB ( - ・ + ) 3.HIV ( - ・ + ) 5.MRSA ( - ・ + ) 2.HCV ( - ・ + ) 4.WaR ( - ・ + )		食物・薬物アレルギー - (品目)

カルテ作成のため下記の健康保険証番号・被保険者名・続柄等の記載をお願いします。

被保険者	保険者番号	続柄 (どちらかに)	本人・家族
	記号・番号	有効期限	年 月 日
福祉医療	種別 	資格取得 年月日	年 月 日
		有効期限	年 月 日