

紹介状 (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 :

患者氏名 (フリガナ)	性別	生年月日
	男・女	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)
住所 〒		
TEL () - 職業 ()		
受診希望日 : 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