

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関 医療法人社団恵周会
白河病院

担当医 _____ 科 _____ 先生
受診予定日 ____ 月 ____ 日 (____) am・pm ____ 時頃
白河病院受診歴 (有・無)

紹介元医療機関様
所在地 _____
名称 _____
担当科 _____ 科
医師名 _____ 先生

フリガナ		(男 ・ 女)
患者氏名		様
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (才)
住 所	〒 -	
電話番号	- -	
傷 病 名		
紹介目的	精査 加療 入院 手術 転医 その他 ()	
既往歴及び家族歴	無・有 ()	
病状経過・治療経過・検査結果		
現在の処方	無・有 ()	
感染症	無・有 ()	MRSA () 検体 ()
皮膚疾患	無・有 ()	疥癬 無・有 感染性 無・有
備 考	無・有 ()	

※事務の方へ - FAXで申込みの場合、保険情報をご記入下さい。

保険者番号		老人・高齢者	老 ・ 高	9割 ・ 3割
記号・番号		市町村番号		
資格取得日		受給者番号		
被保険者名		続 柄	本人 ・ 家族	
保険者及び事業所名称				

※必要がある場合は続紙に記載してご添付下さい。

※必要がある場合は画像診断のフィルム・検査の記録をご添付下さい。