

診療情報提供書

令和 年 月 日

科

先生 侍史

住所

医療機関名

医師

電話

印

FAX

紹介患者様の情報	
刀がナ 氏名	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
性別 男 ・ 女	当院受診歴 有 ・ 無
住所	
電話番号	- -
保険種別・番号	
被保険者氏名	保険者番号
記号・番号	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 負担割合 割
事業所又は保険者名	
資格取得日 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日
公費等記号番号	.
交通手段 <input type="checkbox"/> 救急車	・ <input type="checkbox"/> 自動車・タクシーなど
紹介内容	
希望受診日時 令和 年 月 日 曜日 (午前・午後 時 分)	
紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 検査 (上部内視鏡・下部内視鏡・超音波検査・CT・MRI)	
傷病名	
症状経過・治療経過	
現在の処方	
提供資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他	