

## 診療情報提供書(紹介状)

紹介病院様 保存用

紹介先医療機関 田畑胃腸病院

担当医 \_\_\_\_\_ 殿

紹介元医療機関所在地及び名称 \_\_\_\_\_

地域医療連携係 (内線 694)

TEL: 078-936-4511

FAX: 078-936-1445

TEL. ( ) FAX. ( )

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

患者氏名	(フリガナ) 氏名											男・女		
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)												
	住所	〒 _____ Tel 自宅( ) - 連絡先( ) -												
主 保 険	保険者番号									併用 保険				
	配号 番号					被保険者名 1. 本人 2. 家族					公費負担割合 割			
紹介目的		(紹介後の方針に関する希望)												
患者に関する 留意事項										備考				
主訴または病名										・既往歴		・嗜好		
												・薬物		
										・家族歴		・アレルギー		
現病歴(現症・治療経過・現在の処方)														