

診療情報提供書

FAX 0467-42-7358 (地域連携室直通)

平成 年 月 日

大船中央病院

紹介元医療機関名:

所在地:

TEL:

FAX:

医師名:

科

印

科

先生

診療希望日時 年 月 日 時頃

入院希望 (有・無)

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
住所	〒	電話番号		
		— —		

傷病名:

既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、治療経過など

薬剤アレルギー(有

無)

紹介目的

現在の処方(処方内容等)

大船中央病院受診歴 (有・無)

※必要な持ち込み (レントゲンフィルム 有・無 / 心電図記録等 有・無 / 検査結果 有・無)

※お願い (待ち時間短縮のため事前にカルテを作成しますので、保険番号のご記入をお願いします)

〈被保険者〉

保険者番号
記号	番号
資格取得日	年 月 日
有効期限	年 月 日
被保険者との続柄	

〈第1公費負担医療受給者票〉

負担者番号
受給者番号
一部負担金の割合	割
有効期限	年 月 日

地域連携室

TEL 0467-45-2116

FAX 0467-42-7358