

患者紹介状〔診療情報提供書〕

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

保険者番号	
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
被保険者との続柄 ()	継続の (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

川崎市宮前区菅生 2-16-1

聖マリアンナ医科大学病院

_____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関

の名称・所在地

医 師 名 _____ 印

TEL (_____)

受診予定日 月 日 時頃 緊急の (有 無)

FAX (_____)

フリガナ

患者氏名 _____ 様 性別 _____ 生年月日 年 月 日 (_____ 歳)

住 所 〒 _____

T E L _____

紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 精査 (_____) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 分娩依頼 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> その他
病 名 (主訴)	
既 往 歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 _____ <input type="checkbox"/> 無)
病 状 経 過 治 療 経 過 検 査 結 果	
現在の処方	

紹介元医療機関より (1) レントゲンフィルム 有 無
 (2) 心電図記録等 有 無
 (3) 検査結果伝票 有 無