

メディカルサポートセンター 行 FAX 044-975-0608 ① FAX用

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					

保険者番号					
被保険者の記号・番号					
被保険者との続柄 (本人・家族)					

紹介先医療機関名 (分割負担割合 割)
 川崎市宮前区菅生2-16-1 聖マリアンナ医科大学病院

年 月 日

《 診 療 》			
	科		医師
受診希望日	月	日	時頃
当日受診希望の場合 緊急性 (有 ・ 無)			

《 検 査 》			
画像診断 ・ 超音波 ・ 内視鏡 ・ その他			
検査項目 ()		
部位 () 造影 (有 ・ 無)		
検査希望日	月	日	時頃

フリガナ
 患者氏名 様 男 ・ 女
 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生 (歳)
 〒
 住所
 TEL - -

紹介元医療機関
 の名称 ・ 所在地

医 師 名

TEL (- -)
 FAX (- -)

当院の受診歴 (有 ・ 無 ・ 不詳)
 当院の診療券番号

紹介目的	入院・転医・精査 () 手術・リハビリ・分娩依頼・その他
病名 (主訴)	
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー (有・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 有 ・ 無
 ③検査結果伝票 有 ・ 無