

# メディカルサポートセンター 行 FAX 044-975-0608

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)					

紹介元医療機関名 (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

平成 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 年 月 日生 ( 歳 )

紹介元医療機関  
 の名称・所在地

〒  
 住所

医 師 名

TEL - -

TEL ( - - )

当院の受診歴 ( 有 ・ 無 ・ 不詳 )

FAX ( - - )

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