

患者紹介状 [診療情報提供書]

紹介先医療機関名 平成 年 月 日

公立置賜総合病院

(予約センター FAX0238-46-5722)

内科 循環内 精神 神内 小児 外科 呼外 紹介元医療機関
整形 形成 脳外 心外 皮膚 泌尿 産婦 名称及び所在地
眼科 耳鼻 放射 麻酔 歯科 救急

医師名
TEL - -
FAX - -

先生

下記の方についてよろしくお願いたします。

フリガナ
患者氏名 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生 (歳)

住 所 TEL - -

受診予定日 月 日 () 時頃

紹介目的 外来治療 検査：CT (造影 あり・なし) 部位 ()
MRI (造影 あり・なし) 部位 ()
内視鏡 (上部・下部)、超音波 (心臓・腹部・その他)
その他 ()

病名・病状

治療経過・検査所見・現在の処方

.....
.....
.....
.....
.....
.....

【添付書類】 無 X-P 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像
【留意事項】 薬剤アレルギー (あり・なし)

患者様保険情報

保険者番号		本	公費負担番号	
記号・番号		家	受給者番号	
当院受診歴	有 ・ 無		公費負担番号	
当院患者ID			受給者番号	

《受診歴がある場合は、保険情報記入不要です。》