

紹介状 診療情報提供書

紹介先
第一東和会病院
担当医 先生

紹介元
医療機関名 ・ 医師名
TEL : FAX :

来院予定日
H 年 月 日
午前 時 午後 分

患者情報			
フリガナ		性別	住所・電話番号
患者氏名	様	男・女	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳
病名			
症状・治療経過	<div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div>		
※現在のお薬内容をご記入いただくか、もしくは添付して下さい。			

保険者番号		資格取得	年 月 日
記号・番号		有効期限	年 月 日
公費負担者番号		資格取得	年 月 日
公費受給者番号		有効期限	年 月 日
続柄	本人 ・ 家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
その他	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 (保険会社一括・自費) <input type="checkbox"/> 第三者行為 (健保・自費)		

