**診療情報提供書** 作成日　年　月　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **紹介先** | **紹介元** | **来院予定日** |
| **第一東和会病院** | **医療機関名** |  | 年　月　日 |
| **診療科** | 科 | **医師名** |  |
| **担当医** | 先生 | **ＴＥＬ** |  | 時　分 |
| **ＦＡＸ** |  |

|  |
| --- |
| **患者情報** |
| **フリガナ** |  | **性別**[ ] 男性[ ] 女性 | **住所・電話番号****ＴＥＬ：**(　　　　)　　　　－　　　　 |
| **患者氏名** | 　　　　　　　　　　　　　　様 |
| **生年月日** | 　　　　　　年　　　月　　　日 | 　　　　歳 |
| **傷病名** |  |
| **既往歴** |  |
| **症状・治療経過**（なるべく詳細にご記入ください。）　　[ ] **別紙参照**　 |
|  |
| **※お薬内容や検査データを添付してください。** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | [ ] 生保　[ ] 労災　[ ] 交通事故（[ ] 保険会社一括　[ ] 自費）　[ ] 第三者行為（[ ] 健保　[ ] 自費） |

