**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） | | |

