

患者紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関

津田沼中央総合病院

病診連携室行き FAX

平成 年 月 日

科 先生

所在地

受診予定日 月 日 時頃

医療機関名

科 先生

TEL

- ・緊急性 (有・無)
- ・入院の希望 (有・無)

FAX

医師氏名

印

- ・津田沼中央総合病院受診歴 (有/無)

*有の場合のみ 科 年 月 頃

公費負担者番号

--	--	--	--	--	--	--

保険者番号

--	--	--	--	--	--	--

公費負担医療の受給番号

--	--	--	--	--	--

記号・番号

.

負担割合

1割・3割

被保険者との続柄

本人・家族

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年月日(歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒		TEL ()	

紹介目的	受診・精査・入院・転医・その他() 手術・リハビリテーション 患者返送希望(有・無)
病名 (主訴)	
既往歴 (家族歴)	
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	
薬物アレルギー(有・無)	