

診療情報提供書 (紹介状)

紹介医

平成 年 月 日

九州大学病院別府病院

紹介先診療科

宛

担当希望医師

先生

担当医師への連絡 済 未

来院予定日 平成 年 月 日 (曜日)

[外来受付は8:30~12:00です]

医療機関名

所在地

TEL・FAX

紹介医師名

印

患者さま

※ ゴム印を押していただいても結構です

フリガナ		住所	〒 -
患者氏名	男・女		
生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)	連絡先	☎ () -

保険区分	社保 (本人・家族) 国保 (本人・家族) その他 ()		
保険者番号		記号・番号	
公費番号		受給者番号	老人負担 1割・2割

※ 保険証のコピーを送っていただく場合は記入不要です。

傷病名	
紹介目的	
既往歴 及び 家族歴	
症状経過 及び 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。