〔提出用〕

患者紹介状〔診療情報提供書〕

紹介先医療機関名　　平成　　年　　月　　日

公立置賜総合病院

内科　循内　精神　神内　小児　外科
整外　脳外　心外　皮膚　泌尿　産婦
眼科　耳鼻　放射　麻酔　歯科

紹介元医療機関
名称及び所在地

医師名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生　　ＴＥＬ　　－　　－

ＦＡＸ　　－　　－

下記の方についてよろしくお願いいたします。

フリガナ
患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　月　日生（　　歳）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ＴＥＬ　　－　　－

受診予定日　　月　　日（　　）　　時頃

紹介目的　外来治療　　検査：ＣＴ（造影　あり・なし）部位（　　）
ＭＲＩ（造影　あり・なし）部位（　　）
その他　　内視鏡（上部・下部）、超音波（心臓・腹部・その他）
その他（　　）

病名・病状

治療経過・検査所見・現在の処方（貴診療所初診年月日　　年　月　日）

【添付書類】　無　Ｘ－Ｐ　内視鏡フィルム　検査データ　超音波画像
【留意事項】　薬剤アレルギー（あり・なし）

患者様保険情報

保険者番号		本家	公費負担番号		
記号・番号			受給者番号		
当院受診歴	有　・　無		公費負担番号		
当院患者ＩＤ			受給者番号		

《受診歴がある場合は、保険情報記入不要です。》