

1枚目は必要事項をご記入の上、FAXしてください。(紹介医師控)

貴院控え用

2枚目は患者様に持参させてください。

診療情報提供書 (一般用)

平成 年 月 日

公立学校共済組合 東北中央病院

科 医師(宛)

(紹介元)

東北中央病院病診連携室
FAX(フリ-ダイヤル)
0120-168-990
TEL(フリ-ダイヤル)
0120-703-995

医療機関名

医師氏名

電話番号

FAX番号

患者氏名(フリガナ)		性別	生年月日
		男・女	明大 年 月 日(歳) 昭平
住所:		電話() -	
医療 保険	保険者番号	公費 負担	公費番号
	記号・番号		受給者番号
	(本人・家族)被保険者名		老人保険負担 1割 2割
受診希望日: 月 日()			
傷病名・主訴			
既往歴・症状経過・検査結果・治療経過 など			
感染症		食物・薬物アレルギー - (無 有)	
.HB(- +) .HCV(- +)			
.WaR(- +) .MRSA(- +)			
現在の処方:		備考:(注意事項)	
		持参の資料等: 有 無 ご返却 : 要・不要	