

診療情報提供書 (F A X)

市立八幡浜総合病院地域医療連携室

発信年月日 月 日 時 分

医療機関名

医師名

TEL () -

FAX () -

フリガナ			
患者氏名		男・女	電話番号
住 所			
生年月日	M・T・S・H	年	月 日 生 (才)
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院・転院 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他()		
受診希望日	月 日 () 午前・午後 時 分頃		
希望診療科・医師	科 医師		医師との事前了解 (済・未)
	<input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> その他		
希望検査	<input type="checkbox"/> CT	検査部位	<input type="checkbox"/> 造影要 <small>※同意書とクレアチニン値が必要です。</small>
	<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> アレルギー (有・無) <input type="checkbox"/> クレアチニン値 ()
	<input type="checkbox"/> RI	検査名 ()	<input type="checkbox"/> 骨密度検査
	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 (胃カメラ)		<input type="checkbox"/> その他 ()
疾病名 (紹介目的)			
既往症等			
症状経過 (治療経過)			
現在の処方			

————— カルテ頭書情報 (保険証受給者証等のコピー添付可) —————

保険者番号								その他特記事項
記号・番号								
被保険者名								
負担割合	1割・2割・3割							
	本人・家族							
公費負担者番号								
受給者番号								
公費負担者番号								
受給者番号								
保険適用外：妊娠・交通事故・労災・その他()								

この診療情報提供書に記載されている個人情報 は、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。

市立八幡浜総合病院 (代) 0894-22-3211
 地域医療連携室 (直通) 0894-24-2568
 (FAX) 0894-24-2562