

診療情報提供書

紹介先医療機関 医療法人社団恵周会
白河病院

紹介元医療機関様

所在地

名称 _____

担当医 _____ 科 _____ 先生

担当科 _____ 科

受診予定日 ____月 ____日 (____) am・pm _____ 時頃

医師名 _____ 先生

白河病院受診歴 (有・無)

フリガナ		(男・女)
患者氏名	様	
生年月日	明大昭平 年 月 日 (才)	
住所	〒 _____	
電話番号	_____	
傷病名		
紹介目的	精査 加療 入院 手術 転医 その他 ()	
既往歴及び家族歴	無・有 ()	
症状経過・治療経過・検査結果		
現在の処方	無・有 ()	
備考	無・有 ()	

※事務の方へ — FAXで申込みの場合、保険情報をご記入下さい —

保険者番号	_____	負担割合	1割・2割・3割
記号・番号	_____	続柄	本人・家族
資格取得日	_____	被保険者名	_____
保険者及び事業所名称	_____		

※必要がある場合は続紙に記載してご添付下さい。

※必要がある場合は画像診断のフィルム・検査の記録をご添付下さい。