

# 診 療 情 報 提 供 書

濟生会今治病院

年 月 日

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 殿

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 氏 名 \_\_\_\_\_

(TEL \_\_\_\_\_ - FAX \_\_\_\_\_ )

フ リ が ナ 患 者 氏 名		男・女	TEL	(      ) -
生 年 月 日	年 月 日 (      歳)			
患 者 住 所				
傷 病 名				
紹 介 目 的				
既往歴及び家族歴				
症状経過・治療経過・現在の処方				
受 診 希 望 日 時	<input type="checkbox"/> 今からすぐ <input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃			
	<input type="checkbox"/> 日時を指定して下さい <input type="checkbox"/> ご本人に連絡して決めて下さい			

保険情報 ※保険情報は保険証・カルテのコピーでも結構です

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 番 号	
記 号 ・ 番 号	.		本人・家族
事業所又は保険者名		負 担 割 合	(      割)
重心、母子等記号番号	.		

※ F A X 番 号 は 0898-47-2826