

# 診療情報提供書

申込日 令和 年 月 日

長田病院

依頼医療機関

(担当医)

科宛(

先生)

住所

TEL

FAX

初診

再診

フリガナ 患者氏名: ( )	住所
生年月日: <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日生 ( 才)	TEL
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 ( )

依頼項目	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 即日入院 <input type="checkbox"/> 検査 ( ) 受診希望日 年 月 日 検査予約 年 月 日 時 分
病名 紹介目的	
1. 既往歴 家族歴	
2. 症状 経過	
3. 検査結果	
4. 治療経過	
5. 処方	
6. 備考	

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
  2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付して下さい。
  3. 地域連携室に御連絡(0944-72-3713)・FAX(0120-261-233)をお願いします。