

# 診療情報提供書

下伊那赤十字病院 地域連携室 経由  
FAX 0265-36-7210 TEL 0265-36-5566

年 月 日

(時間外・夜間・休日)  
FAX 0265-36-7081 TEL 0265-36-2255

医療機関の所在地及び名称

内・外・整・児・産婦・泌・耳・眼

先生

電話番号

医師氏名

㊞

通信欄	※該当するところに✓をお付けください				
	緊急性 <input type="checkbox"/> あり → 来院方法 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> それ以外 <input type="checkbox"/> なし 入院加療希望 <input type="checkbox"/> 当日 (医師へ電話連絡をお願いします) ・ <input type="checkbox"/> 当日以外で可 当日受診希望 <input type="checkbox"/> あり (医師へ電話連絡をお願いします) 当日以外予約で可 <input type="checkbox"/> 2～3日中 ・ <input type="checkbox"/> 1週間以内 ・ <input type="checkbox"/> 1週間以上先でも良い				
		科		医師に電話連絡 済 ・ 未	
保険種類	国保 ・ 社保 ・ 後期 ・ 公費		本人 ・ 家族		
保険者番号	保険者番号		公費負担者番号		
記号・番号	記号	番号			
被保険者名			公費負担医療の受給者番号		
患者	フリガナ	生 年 月 日			
	氏名	大・昭 年 月 日 (才) 男・女 平・令			
	住所	電話番号	携帯 自宅		
傷病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
既往歴・家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方及び連絡すべき事項					

※必要のある場合は画像診断のフィルム・検査の記録を添付して下さい。

※紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所等を記入して下さい。  
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入して下さい。