# 診 療 情 報 提 供 書

平成　　年　　月　　日

紹介先医療機関名

東北医科薬科大学病院

FAX　0120－25－9121（医療連携直通）
電話　022－388－9593（医療連携直通）
電話　022－259－1221（代表）

科

先生

医療機関名

住所

医師名　　印

電話

FAX

診療希望日（第一希望）　　月　　日　　曜日

（第二希望）　　月　　日　　曜日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 年齢 | 男<br>女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | |
| 患者氏名 | | 歳 | | | 年　　月　　日 | |
| 電話（自宅） | （　　） | | 電話（携帯） | | （　　） | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 保険者番号 | | 負担割合 | 本人・家族 | 当院受診歴 | あり・なし・不明 | |
| 記号 | | 1割 | | 来院時状態 | 歩行可・車いす・救急車 | |
| 番号 | | 3割 | | 当院来院時入院中有無 | あり・なし・不明 | |

| | |
|---|---|
| 傷病名 | |
| 紹介目的 | |

(1)病歴(2)現在(3)検査結果(4)現在の処方(5)その他