

紹介状・診療情報提供書

【紹介先】

独立行政法人 国立病院機構 東徳島医療センター

地域医療連携室 行

受診希望科 _____ 科

【紹介元】

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____

(医師の希望が有る場合はお書き下さい)

登録医番号 _____ (_____)

医師名 _____

電話 _____

(原則として午前中の診察となります。)

FAX _____

受診希望日 令和 年 月 日 時 分頃

担当医師又は担当科への連絡【 済 ・ 未 】

公費負担者番号								保険者番号								
公費負担医療の 受給者番号								記号・番号								
公費負担者番号								資格取得 有効期限	昭・平・令	年	月	日				
公費負担医療の 受給者番号								被保険者氏名				本人	家族	負担割合		
フリガナ					性別			生年月日	明 大	年	月	日	0	1	2	3
患者氏名	様				男・女			令	年齢 () 才							
住所	〒								TEL							
紹介目的	(精査・加療・入院・手術)															
傷病名(症状)																
症状経過及び治療経過	(現在の処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> あり) ※ありの場合は処方内容記載															
受診時の連絡事項	例 <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー															
持参物等	<input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他															

☆ FAXは、平日(午前8:30~午後5:00)までに送信して下さい。

※ 但し、受診前日(土・日・祝日を除く)の場合は午後3:30までをお願いします。