

診療情報提供書

(FAX用紙)

山中胃腸科病院地域連携室行き

宛先	紹介先医療機関名 医療法人社団 山中胃腸科病院 宛	〒510-0958 三重県四日市市小古曾3丁目5-33 TEL(059)345-0511 代表 FAX(059)346-5865
----	----------------------------------	---

* 紹介元医療機関の所在地及び名称

発信者	紹介元医療機関名	所在地
	紹介医師名 先生	電話番号

* 患者様基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
患者氏名	様	生年月日	T・S・H	年 月 日
		年齢	歳	
住所	〒	電話番号		

紹介内容	傷病名、紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方 等 (詳しくご記入くださいます様、宜しくお願い致します)
------	--

保険等	<input checked="" type="checkbox"/> チェックをお願いします。
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 公費
保険者番号()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
記号()	番号()