

診療情報提供書

医療法人社団 山中胃腸科病院 地域連携室「やまびこ」 行 TEL：059-347-1018（直通） FAX：059-346-5865	申込日 R 年 月 日
	医療機関名
	担当医
	電話 FAX

ふりがな		生 年 月 日
患者氏名	男・女	M・T・S・H・R 年 月 日生
住 所		
電 話		

記号・番号	保険者番号	保険者名	
資格取得日	有効期限	被保険者名	続柄
S・H・R 年 月 日	R 年 月 日		

公費負担医療の受給者番号	公費負担者番号	有効期限
		R 年 月 日

傷 病 名	
紹 介 目 的	
既 往 歴	
症状経過及び検査結果	
治 療 経 過	
現在の処方	
備 考	