

紹介患者受診依頼票（診療情報提供書）

栗原市立栗原中央病院

令和 年 月 日

TEL 0228-21-5335

FAX 0228-21-5336

（連携室）

医療機関名

医師氏名

⑩

電話番号

科 医師名

フリガナ 患者氏名	男・女 M・T・S・H・R	年 月 日生（ 歳）
患者住所	職業	電話番号
保険番号	記号・番号	
被保険者氏名	本人・家族	
公費負担番号	受給者番号	
受診希望日	令和 年 月 日（曜日）	予約日 令和 年 月 日（曜日） 時 分
紹介目的		
傷病名		
既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過		
現在の処方		
備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。 3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関名の欄に紹介元市町村、保健所名等を記入すること。 かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。		