**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 ㊞

科　医師名 電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ 男・女　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日生（　　歳）  患者氏名 電話番号  患者住所 職業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |