**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

平成　　　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　　　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** | 平成　　年　　月　　日（　曜日） | **予約日** | 平成　　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。 |