紹介状・診療情報提供書兼予約申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送信先 （送信日　　　　　　　年　　　　月　　　　日） |  | 送信元 |  |
| FAX:078-974-1345 |  |  | 医療機関名 |  |
| 足立病院 | 皮膚科、アレルギー科 |  | 所在地 |  |
|  | 先生 御侍史 |  | 電話番号 |  |
|  | FAX番号 |  |
|  | 医師氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性 別 | 受診歴 | 有 ・ 無 | 旧姓 |  |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 | 診察券番号 | 　 |
| 受診希望日時 |
| 生年月日 | T・S・H・R　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　)歳 | ① | 年 月　　　　日（　　　）　　　　　　　　時頃 |
| 住所 | 〒 | ② | 年 月　　　　日（　　　）　　　　　　　　時頃 |
| ③ | 年 月　　　　日（　　　）　　　　　　　　時頃 |
| 電話 |  | １．上記日時を希望 |
| 携帯 |  | ２．いつでも可　　　　　　３．なるべく早く |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 | [ ]  精査 [ ]  加療 [ ]  手術 [ ]  検査　[ ]  注射　薬剤(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 既往歴 |  |
| 症状経過治療経過 |  |
| 処方 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 本人・家族 | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  |  | 負担割合 | １割 ・ ２割 ・ ３割 |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 入院中（[ ] DPC） 外来通院中 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険適用外 | 妊娠 ・ 交通事故 ・ 労災　　・生活保護 ・ その他（ ） |

提供資料　　□検査結果　　□画像診断フイルム　　　□心電図記録　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　)

◎ＦＡＸは、平日（午前8時30分～午後5時）までに送信してください。【FAX番号078-974-1345】

ただし、受診前日（土・日・祝日を除く）の場合は、午後3時30分までにお願いします。

◎保険証の記号・番号は、保険証のコピーでも結構です。

◎この診療情報提供書に記載されている個人情報は、紹介目的のために使用し、他の目的には利用しません。