

診療情報提供書

(診療申込書)

紹介先 福井赤十字病院

令和 年 月 日

科 _____ 様 紹介保険医療機関
 所在地 〒 _____
 名称 _____
 歯科医師氏名 _____ (印)
 TEL/FAX _____

フリガナ		性別	※患者ID						
患者氏名	様	男・女	保険種別						
生年月日	明・大・昭・平・令	(歳)	保険者番号						
住 所			記号・番号						
			有効期限	年 月 日		~		年 月 日	
電話番号	()		公費番号						
職 業			受給者番号						
受診希望日	令和 年 月 日		有効期限	年 月 日		~		年 月 日	

傷 病 名

紹介目的

主訴および既往歴ならびに家族歴

症状経過および検査結果等

治療経過

現在の処方

薬物アレルギー等

備 考

持参資料 有 無 (画像、その他)

入院時の開放型病床利用 有 無