

(様式1)

# 診療情報提供書

愛媛県立今治病院

担当医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

住 所

医療機関名

医師氏名

⑩

TEL

FAX

フリガナ				性別	男・女
患者氏名					
患者住所					
電話番号	( )	—			
携帯番号					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳)	職業

① 傷病名					
② 紹介目的					
③ 既往歴及び家族歴					
④ 症状経過及び検査結果					
⑤ 治療経過					
⑥ 現在の処方					
⑦ 備考					

保健情報	被保険者氏名				保険者番号					
	記号・番号								本・家	
	事業所又は保険者名									
	高齢者保険番号								割	
	公費等記号番号									

注意1. 保険情報の記入、又は健康保険証のコピー可。  
 注意2. 病院提出用を患者に持参、又は後日郵送してください。