（様式１）

**診 療 情 報 提 供 書**

愛媛県立今治病院

担当医　　　　　　　　科　　　　　　　　　殿

令和　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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 | 大・昭・平・令　　　　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 診察希望日 | | | 月　　　　日　　（　　　） | | | | | | | | | | |
| ⑧ 備考 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 保健情報 | | 被保険者氏名 | |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 | | ・ | | 枝番 | |  | | 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。

**愛媛県立今治病院 地域医療連携室　宛　　ＦＡＸ:０８９８－３２－１４２０**