

紹介患者入院依頼票（診療情報提供書）

埼玉県桶川市加納字宮ノ脇 2216

医療法人壽亮会 大谷記念病院

地域医療連携室 行

令和 年 月 日

TEL 048-728-2411

FAX 048-728-2433

医療機関名

医師氏名

⑩

電話番号

フリガナ 患者氏名	男・女 M・T・S・H・R	年 月 日生 (歳)
患者住所	職業	電話番号
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	
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. 必要ある場合は画像診断のフィルム、検査の記録等添付をお願い致します。 2. 紹介元が保険医療機関以外の場合は、紹介元医療機関名の欄に名称・ご担当者様名等をご記入下さい。		