

患者紹介及び情報提供書

No. _____

(上尾中央病院提出用2)

平成 年 月 日

紹介先医療機関

上尾中央総合病院

所在地

医療機関名

科 先生

TEL

受診予約日 月 日() 時 分

医師氏名

印

・緊急性 (有・無)

・入院の希望 (有・無)

・上尾中央総合病院受診歴 (有/無)

※有の場合のみ

科 年 月頃

頃

生保・労災・自賠責・自費・重度・乳幼児医療・ひとり親

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

保険者番号

記号

番号

被保険者との続柄 本人・家族

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL	()	

紹介目的	入院・転医・精査 手術・リハビリテーション	その他 () 患者返送希望 (有・無)
病名 (主訴)		
既往歴 (家族歴)	薬物アレルギー (有・無)	
病状経過		
治療経過		
検査結果		
現在の処方		

資料持参 (無し・有り・・・レントゲンフィルム・心電図記録・検査記録)

受診予定日 月 日 時頃

科

先生