

診療情報提供書

[患者紹介状]

〒113-8603

東京都文京区千駄木 1-1-5

日本医科大学付属病院

TEL 03-3822-2131 FAX 03-3821-2027

所在地

医療機関名

TEL

FAX

科

科

先生

医師氏名

・来院予定日： 月 日

・日本医科大学付属病院受診歴（有／無）

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 ()	

【傷病名、既往歴及び家族歴】

薬剤アレルギー（有 無）

【紹介目的】

【症状、治療経過及び検査結果】

【現在の処方】

【備考】

資料持参（無・有……レントゲンフィルム・心電図記録・検査記録）

F A X 専用診療申込書 〈夜間・休日の救急外来診療は除く〉

紹介先医療機関

日本医科大学付属病院

_____科
_____先生

所在地

医療機関名

TEL

FAX

_____科
医師氏名 _____

・ 来院予定日： 月 日

・ 日本医科大学付属病院受診歴（有／無）

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

F A X 送信先：医療連携室 0120-807-880

この用紙「FAX 専用診療申込書」を患者様にお渡し下さい。

下記の太枠内にご記入していただくか、「保険証」等のコピーをご一緒に送信されても結構です。

F A Xにてご連絡いただいた患者様には、初診受付にてカルテを事前にご用意しておきますので、当日はあまりお待ちにならずにご案内致します。（「来院予定日」をお忘れなくご記入ください。）

公費負担者番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	(老人・高齢負担割合 割)						
公費負担医療の受給者番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □							
公費負担者番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		保 険 者 番 号					□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
公費負担医療の受給者番号	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		被保険者証・被保険者手帳の記号番号					□ □ □ □ □ □ □ □ □ □
			被保険者氏名				□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	本人・家族