

患者紹介状・診療情報提供書

②(医師会病院
提出用)

平成 年 月 日

鹿児島市医師会病院

科

紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号

担当医

先生

医師氏名

印

患者 名	フリガナ			患者	〒	
	氏名			住所		
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (才)	男・女	職業	
	鹿児島市医師会病院受診歴 (有 ・ 無)					

保険区分	社保(本人・家族) 国保(本人・家族) その他()		
保険者番号		記号・番号	
公費番号		受給者番号	

紹介 目的	☐ 診察依頼 ☐ 入院依頼 ☐ 検査依頼 ☐ その他()	
	来院予定日 平成 年 月 日	

傷病名又は主訴		薬剤アレルギー
既往歴 家族歴		嗜好
症状経過 及び 検査結果		
治療経過		
現在の 処方		
患者に関する留意 事項・その他		
検査・診察後の 連絡方法	当該患者の病状等の連絡方法について、ご希望の該当箇所に○印をつけ、番号をご記入ください。 ・電話(電話番号:)・FAX(FAX番号:) ・メール(メールアドレス:)	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。