

紹介患者受診依頼票（診療情報提供書）

栗原市立栗原中央病院

平成 年 月 日

TEL 0228-21-5335

FAX 0228-21-5336

(連携室)

医療機関名

医師氏名

⑩

電話番号

科 医師名

フリガナ 患者氏名	男・女 M・T・S・H	年	月	日生(歳)	電話番号
患者住所	職業				
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
受診希望日	平成	年	月	日(曜日)	予約日
					平成
					年
					月
					日(曜日)
					時
					分
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。 3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関名の欄に紹介元市町村、保健所名等を記入すること。 かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。					