

大分県厚生連 鶴見病院 診療情報提供書(紹介状)
(診療予約FAX用紙)

地域連携センター
TEL 0977-23-7208
FAX 0120-097-727
FAX 0977-23-7219

年 月 日

紹介先診療科	科	ご紹介医療機関	_____科
		電話番号	- -
担当希望医師	宛	医師氏名	

ご紹介患者様の情報

ふりがな		住所	〒 -
患者氏名	男・女		
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)	☎ (- -)
保険区分	国保・健保・共済・その他・(本人・家族)・後期高齢者・他 ()		
保険者番号		記号・番号	
公費番号		受給者番号	老人負担割合 1割・2割

※ 保険証の記号番号等を記入してください。ただし保険証のコピーを送っていただく場合は記入不要です。

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察依頼 <input type="checkbox"/> 精査依頼 <input type="checkbox"/> 検査 ()		
	<input type="checkbox"/> 入院依頼 (<input type="checkbox"/> 当日入院 <input type="checkbox"/> 受診後入院検討) 医師連絡 (済・未)		
	来院方法 (<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他) ※ 来院希望日 年 月 日		
※ 患者様の予約連絡については、当院へご連絡ください			

患者様の情報

診断名 [発熱：無・有 (体温 °C)]
症状・治療経過・検査結果など
現在の処方・コメントなど