

紹介状・診療情報提供書

〔紹介先〕

阿波病院
 地域医療連携室 行
 TEL 0883-36-5151
 FAX 0883-36-5952

〔基本情報〕

〔紹介元〕

医療機関名
 所在地
 医師名
 電話番号
 FAX番号

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	電話 番号	() —
氏名						(満		才)		
住所	徳島	市								
	県	郡								
		町								
		村								

〔健康保険〕・・・待ち時間短縮のため、可能な限りご記入下さい。

保険者番号		本人	資格取得日	昭・平	年	月	日
			有効期限	平成	年	月	日
記号・番号		家族	被保険者名				
公費負担者番号①		公費受給者番号①		前期高齢	後期高齢	負担割合	割
公費負担者番号②		公費受給者番号②					

〔診療情報〕

受診科	科	医師名	(希望がある場合)
受診希望日時	平成 年 月 日 時頃	紹介目的 (加療・入院・転院・手術・検査 その他)	
傷病名			
症状経過 及び 治療経過			
来院状況 <input type="checkbox"/> 救急車使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 ・その他			
持参していく物 <input type="checkbox"/> 画像ファイルム <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 ・その他			