

診療情報提供書 (外来・入院用)

豊田地域医療センター御中

病医院名

科 _____ 先生 _____

受診希望日 ①平成 年 月 日 ()

②平成 年 月 日 ()

③平成 年 月 日 ()

医師名 _____

予約確定日		平成 年 月 日 ()		診療区分		1 外来 ・ 2 入院	
		午前 ・ 午後 時 分					
患者情報	フリガナ			男・女	生年月日	明 ・ 大 年 月 日	
	患者氏名					昭 ・ 平 (歳)	
	住 所	TEL					
保険情報	主	種 類	健保 ・ 自賠 ・ 労災 ・ 自費 ・ その他	本人・家族	保険者番号		
	記 号	番 号			被保険者氏名		
	公	種 類	乳児・子供・障害・母子・傷・高齢-老人(割)・特定・他()				
	費	負担者番号			受給者番号		
※保険証コピーをFAXでいただく場合は保険欄の記入は不要です。							
傷 病 名							
紹 介 目 的							
既往歴・家族歴・経過及び検査結果、現在の処方等							
認 知 症		無 ・ 有		A D L		自立 ・ 要介助 ・ 寝たきり	
来 院 方 法		救急車 ・ その他		入 院 時 病 室 希 望		大部屋 ・ 個室	
X線フィルム、検査結果等の資料			無 ・ 有 [患者様が受診当日ご持参]				

地域医療連携室 Tel. (0565)34-3333 ・ Fax. (0565)34-3039