

患者紹介状(診療情報提供書)

記入日

年 月 日

紹介先病院機関名

浜松労災病院 (地域医療連携室)

医療機関名

所在地

科

先生

TEL

FAX

受診予定日 年 月 日

紹介医師名

予約時間 時 分

検査依頼 有 (CT・MRI) 無

浜松労災病院受診歴の有無 (有・無・不明)

お問い合わせ先

◇ 浜松労災病院 (地域医療連携室)

TEL 053-411-0366

◇ 月～金曜日 8:15～18:00

〒430-8525 浜松市中央区将監町25

被保険者証記号・番号				公費負担番号																
保険者番号																				
被保険者との続柄	本人・家族	負担額	割	該当する場合は記入してください																
フリガナ				男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳															
氏名					職業															
住所	〒											☎	()							
傷病名 (主訴)																				
紹介目的																				
既往歴及び 家族歴																				
症状経過 検査結果																				
治療経過																				
現在の処方																				

※必要がある場合は、画像診断のフィルム又はCD-ROM、検査結果記録を添付してください。