

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

T E L

F A X

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)

053-411-0366

◇ 月～金曜日 8:15～18:00

〒430-8525 浜松市東区将監町 25

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-------|-----|---|-----------------|--|--------------|--|--|--|--|-------|-----------|---|---|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者証記号・番号 | | | | | | 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | | 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者との続柄 | 本人・家族 | 負担割 | 割 | 該当する場合は記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | 男 | 明・大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日生 | 歳 | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | 女 | 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。