

貴院保存用

診療情報提供書

平成 年 月 日 発行

紹介先：**青梅市立総合病院**
科 先生

紹介元 医師
住所
医院・病院

受診予定日時 月 日※時間 時 分 電話

保険証情報（FAXでも結構です。第二公費があれば医療証をFAXして下さい。）

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号	・	公費受給者番号	
資格取得月日			
有効期限			
被保険者氏名			本人 ・ 家族
① 一部負担金割合	割	紹介先受診歴	有 ・ 無 ・ 不明
フリガナ 患者氏名	様	男 女	生年 月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）
患者住所	〒	—	電話

紹介目的：検査・治療（ ） 終診後希望：返還・定期受診・継続診療

主訴・傷病名など

症状、経過、検査結果など

現在の治療内容

紹介先提出用

診療情報提供書

平成 年 月 日 発行

紹介先：**青梅市立総合病院**

紹介元

医院・病院

科 先生

医師

住所

受診予定日時 月 日 ※時間 時 分 電話

保険証情報 (FAXでも結構です。第二公費があれば医療証をFAXして下さい。)

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号	・	公費受給者番号	
資格取得月日			
有効期限			
被保険者氏名			本人 ・ 家族
① 一部負担金割合	割	紹介先受診歴	有 ・ 無 ・ 不明
フリガナ 患者氏名	様	男 女	生年 月日
患者住所	〒	—	電話
明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)		

紹介目的：検査・治療 () 終診後希望：返還・定期受診・継続診療

主訴・傷病名など

症状、経過、検査結果など

現在の治療内容