**③ 貴院保管用 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日**

**診療情報提供書**

|  |  |
| --- | --- |
| **市立青梅総合医療センター** | **医療機関名** |
| **診療科**  **医師名** | **住　所** |
| **電　話** |
| **医師名** |
|  | **予約担当者(部署・氏名)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **受診予約**  **日時** | **月　　　日 ( )　　　　時　　　分** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患 者 情 報** | **フリガナ** |  | | | | **性 別** | **生年月日** | **大正 昭和 平成 令和** | | | |
| **氏名** |  | | | | **男**  **女** | **年　　月 　日(　　歳)** | | | |
| **住所** | **〒　　　－** | | | | | | | | | |
| **電話** | **自宅** | | | | **携帯** | | | | | |
| **受診歴** | **有** | **市立青梅総合医療センター患者ID：** | | | | | | | **無** | **不明** |
| **保険情報** | **保険者番号** | | |  | **被保険者氏名** | | | |  | | |
| **記号・番号** | | |  | **本人・家族** | | | | | | |
| **資格取得年月日** | | |  | **公費** | **負担者番号** | | |  | | |
| **有効期限** | | |  | **受給者番号** | | |  | | |

**診療情報（**貴院の診療情報提供書をご利用いただいても差し支えありません**）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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・傷病名等** | |  | | |
| **症状・経過・検査結果・治療内容など** | | | | |
| **現在の処方** | | | | |