

診療情報提供書兼診療依頼書

年 月 日

北大阪ほうせんか病院

医療機関名：

地域連携部 行

住所：

電話 072-643-6921

電話：

FAX 072-643-2768

FAX：

【診療科目】 いずれかに○をして下さい

_____科 _____医師

内科・循環器内科・外科・消化器外科・整形外科・脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・歯科口腔外科

【受診希望日】 [年 月 日 時頃] 【希望医師】 [] 医師

【紹介目的】 [外来診察 ・ 入院依頼 (開放型病床利用 有・無)]

[検査名 () ・フィルムコピー (要・否)]

※太枠内は必ず記入して下さい

フリガナ					保険者番号										
名前					記号										
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	番号										
性別	男・女	年齢	歳	続柄	本人・家族	被保険者									
住所	〒				公費										
電話	()	—			負担割合 (割)	一部負担助成 (有・無)									

傷病名：

既往歴：

病状経過及び検査結果、治療経過：

現在の処方：