

# 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：