

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

国民健康保険 小松市民病院 殿

外来診療・検査申込書(FAX兼用)

ふりがな			
患者氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	男・女
住 所	〒 - TEL() -		

所在地	
医療機関	
電 話 () -	
F A X () -	
医師氏名	印

■保険証 (証を直にFAXでも可)

保険者番号	
記号・番号	
有効期限	年 月 日
被保険者氏名	
被保険者との続柄	

■公費負担医療受給者証 (証を直にFAXでも可)

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	年 月 日

※貴院での算定日をご記入下さい。

月 日	在宅時医学総合管理料
月 日	特定施設入居時等医学総合管理料
月 日	在宅末期医療総合診療料
月 日	後期高齢者診療料

検 査 名			
希望検査日	年 月 日 (曜日)	時頃	
希望受診科	有・無	科	医師

(診療情報提供書)

※別の診療情報提供書を添付される場合、下記の記載は不要ですが、申込書と同時にFAXをお願いします。

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果, 留意事項・薬剤アレルギー, HBs抗体, HCV抗体, 梅毒反応等 (検査結果別添付…有・無)
治療経過
現在の処方

【お願い】

- (1)このFAXによる送信は、宛先に記載された方のみによる使用を予定しております。
- (2)通信内容には、秘密情報を含む場合がありますので、宛先以外の者によるこのFAXの情報の使用、配布及び複製を厳格に禁じます。

《送信先》地域医療連携室 FAX(0761)22-7199

診療情報提供書記入についてのお願い (外来診療・検査申込書)

1. 保険証・公費負担医療・受給者証等の保険情報につきましては、直接ご記入していただくか、証をコピーもしくは直にFAXしていただくか、いずれかの方法でお知らせ下さい。

紹介患者さまのカルテを事前に作成いたします。

2. 検査紹介の際は、ご希望の検査および日時等をご記入下さい。

3. 外来診療のご紹介の際は、ご希望の受診科および希望医師をご記入下さい。

4. 診療情報提供書につきましては、お手元の別の診療情報提供書をご利用いただいてもかまいませんが、申込書と同時に事前にFAXしていただくことをお願いします。