

診療情報提供書(診察用)

年 月 日

紹介先

医療法人 育和会 育和会記念病院

TEL : 06-6758-8000(代表)

TEL : 06-6758-8115(地域医療連絡室)

FAX : 06-6758-8007

担当科 _____ 科

担当医師名 _____

紹介元医療機関名

住所

電話番号() -

医師名 (印)

ふりがな	男	生年	明・大・昭・平
患者氏名	女	月日	年 月 日 (歳)
患者住所	電話番号() -		

1. 傷病名

2. 紹介目的

3. 貴院での今月又は前月の算定項目を○で囲んでください

・算定なし ・C002 在宅時医学総合管理料 ・C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料
・C003 在宅がん医療総合診療料 ・C100~C116 在宅療養指導管理料等(C101 在宅自己注を除く)

4. 開放型病床の利用(登録医のみ) 希望する 希望しない

5. 症状経過及び検査結果・治療経過・既往歴・家族歴

6. 現在の処方

7. アレルギー歴

8. 備考

保険証 (※2)	保険 (本人・家族) (割)			公 費 (割)		
	保険者番号	記号・番号	有効期限	公費受給者番号	公費負担者番号	一部負担金免除

(※1) 事前にカルテを作成するため、お電話で予約いただいた場合もお手数ですがこの用紙に必要事項をご記入の上、Faxをお願い致します。
又、用紙原本は患者様にお渡しください。当日、保険証とともに提出くださる様ご説明お願い致します。