

# 診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関名

平成 年 月 日

姫路赤十字病院

医療機関名・所在地・TEL・FAX

科 先生

受診予定日 月 日 ( )

姫路赤十字病院受診歴 (有・無) 受診有の時 I D 番号

I D 番号							
--------	--	--	--	--	--	--	--

医師名 印

フリガナ 患者氏名			性 別	生年月日
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ 住 所	〒			
	TEL ( ) —			
事 業 所 名	勤務先 TEL ( ) — 内線番号 ( )			
記 号			番 号	本・家
保 険 者 番 号			有効期間	
公費負担者番号			有 効 期 間	
公費受給者番号			~	
主訴又は傷病名				
紹介目的				
患者に対する留意事項				
既往歴及び家族歴				
臨床経過及び検査結果				
現在の処方				