

**山鹿市民医療センター宛**  
**診療情報提供書兼紹介状**  
**【 FAX(0968)44-0071 TEL(0968)44-2185 】**

1 紹介先診療科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

2 紹介元医(病)院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3 受診予定日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日( \_\_\_\_ 曜日) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分頃 \_\_\_\_\_ 入院・外来

緊急性の有無 (有・無)、来院方法 (救急車・その他)、山鹿市立病院受診歴 (有・無)

4 受信者情報

ふりがな		保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
患者氏名	男	記号番号	
	女	保険区分	本人・家族
生年月日	M・T・S・H ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 歳	公費番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
勤務先及び連絡先	電話 ( )	受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
現住所	〒( ____ - ____ ) _____ 市 _____ 町 _____ 村 _____ 番地 _____ 県 _____ 郡 _____ 村 _____ 番地		

傷病名 \_\_\_\_\_

紹介目的 \_\_\_\_\_

既往歴及び家族歴 \_\_\_\_\_

症状経過・治療経過及び検査結果 \_\_\_\_\_

現在の処方及び備考 \_\_\_\_\_