

**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番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX送信者名 \_\_\_\_\_

3 受診予定日 令和 \_\_\_\_\_ 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)、山鹿市民医療センター(旧山鹿市民病院)受診歴 (有・無)

4 受診者情報

ふりがな		保険者番号							
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・R 年 月 日	公費番号							
勤務先及び連絡先	電話 ( )	受給者番号							/
現住所	〒( ) 市 町 村 番地		電話 ( )						
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									