

# 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関の名称

財団法人 三友堂病院

(消化・循環・呼吸・一般・神経・内分泌・外科・放射線・

医療機関名

脳外・耳鼻・泌尿・乳腺・眼科・婦人・皮膚・緩和) 担当医殿

先生

医師名

患者名

殿 M・T・S・H 年 月 日生( 才)

傷病名

紹介目的

症状経過及び検査目的等

**患者様保険状況** (事前にカルテを作成しますので、全てご記入頂きます様お願い申し上げます)

住所		電話番号	
保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
三友堂受診歴	有・無	ご本人・ご家族	受診予約日 年 月 日