

No. 1 (病院提出用)

# 診療情報提供書(紹介状)

(診療予約FAX用紙)

平成 年 月 日

国家公務員共済組合連合会 新別府病院

紹介先診療科

宛

担当希望医師

先生

依頼医療機関	_____科
電話番号	
医師氏名	

ふりがな		住所	〒 -
患者氏名	男・女		
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( 歳)	☎ ( - - )

保険区分	<input type="checkbox"/> 社保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 国保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保
保険者番号	記号・番号
公費番号	受給者番号 <input type="checkbox"/> 老人負担割合 <input type="checkbox"/> 1割・3割

傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査依頼 <input type="checkbox"/> 診察依頼 <input type="checkbox"/> 検査 ( )		
	<input type="checkbox"/> 入院依頼 ( <input type="checkbox"/> 当日入院 <input type="checkbox"/> 受診後入院日決定 )		
既往歴 及び 家族歴	医師連絡 ( 済・未 )	※ 来院予定日 年 月 日 患者様の予約連絡について ・ 貴院へ返答希望 ( 要・不 ) ・ 直接患者様へ返答希望 ( 要・不 )	
	来院方法 ( <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 )		
症状経過 ・ 検査結果 ・ 治療経過			
現在の処方			
備考			

保険内容等記入していただき、症状については貴院の情報提供書をつけてFAXしていただく方法でも結構です。