

熊本市市民病院宛

診療情報提供書兼紹介状

地域連携室FAX(096)369-9397 TEL(096)365-1711

- 1 紹介元医療機関名 医師名 印
 電話番号 - - F A X - -
- 2 市民病院診療科 科 医師担当医連絡 (済・未)
- 3 受診予定日 平成 年 月 日 (曜日) 時頃 入院・外来
 緊急性の有無 (有・無) 来院方法 (救急車・) 熊本市市民病院受診歴 (有・無)

4 受診者情報

ふりがな																		
患者氏名	(男 ・ 女)									保険者番号								
										記号番号								
										保険区分	本人・家族							
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)									公費番号								
勤務先及び連絡先	電話 - -									受給者番号								
現住所	〒 (-)																	
	県			市郡			丁目		番		号		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、現在の処方等

備考

登録医師記入 : 入院の場合 開放病床 1. 希望する 2. 希望しない