

診療情報提供書

医療法人 讃高会 高井病院
 担当医 _____ 科 _____ 殿

平成 年 月 日

住 所 _____
 医療機関名 _____
 医 師 名 _____
 電 話 () —
 FAX () —

紹介患者	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日		年 齡	歳	性 別	男・女
	住 所	〒 _____				
	電話番号	()	—	当院受診歴	あり・なし	
傷 病 名						
紹 介 目 的						
既往歴及び家族歴						
症状経過及び治療経過						
現在の処方						

保 険 情 報		ベット確保の為入院依頼の時は下記に○を付けて下さい	
保険者番号		医療・処置	点滴 あり・なし
記号・番号			酸素吸入 あり・なし
被保険者氏名		患者状況	移動 ストレッチャー・車椅子・歩行
費用区分	本人・家族		排泄 ベット上・ポータブル・歩行
公費等記号番号			認知症 あり・なし
老人保健番号			会話 出来る・出来ない

この診療提供書に記載されている個人情報、紹介目的の為に使用し、他の目的には利用しません。

高井病院 宛 FAX (072) 858-4053