

公費負担番号								
公費負担医療の 受給者番号								

保険者番号								
被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号								
被保険者との続柄	本人 ・ 家族							

労災・交通事故・その他()

年 月 日

患者紹介状【診療情報提供書】

東海大学八王子病院

医療機関名称・所在地

医 師 名

Tel

科 先生宛

受診予定日 月 日 時 頃

Fax

患者氏名 ふりがな 男 ・ 女 M・T・S・H 年 月 日生() 歳

住所 Tel

紹介目的 外来・入院・転院・手術
リハビリテーション・その他
精査：希望する検査を下記よりお選びください。
CT MRI 内視鏡(上・下部) 泌尿器撮影 超音波(心臓・腹部・体表)
脳波 運動負荷心電図 消化管透視(上・下部)
その他()

持参資料(無 X - P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像)

当院受診歴 1. 有 2. 無 3. 不明

主訴又は病名、症状 既往歴

現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方

留意事項：感染症 TPHA() B型肝炎() C型肝炎() 不明
妊娠：有 ・ 無 ・ 不明