

診療情報提供書・患者連絡票

平成 年 月 日

独立行政法人 東長野病院 病診連携室 御中
国立病院機構

FAX 026-296-1189 (病診連携室)
TEL 026-296-1111 (病院)内線231

紹介元医療機関			
紹介医師氏名			
住所・電話番号		TEL	-
紹介先診療科		科	
医師氏名		殿	
紹介予定日時		月	日 時 分頃
患者情報	フリガナ	生年月日	
	氏名	明・大・昭・平	年 月 日 歳
	住所	(〒 -)	TEL -
傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> 加療		
	<input type="checkbox"/> 検査	(CT、造影、内視鏡、その他)	
症状経過			
検査結果			
治療結果			
処方状況			
保険情報	保険の種類	国保・社保・老人	本人・家族 公費
	保険者番号		公費負担番号
	記号番号		受給者番号

原則としてFAXの送信は、平日の8:30~17:00の間をお願いいたします。
保険情報は保険証の写しを送信いただければ記載の必要はありません。