令和○○年○○月○○日

診療情報提供書（紹介状）

大分市医師会立アルメイダ病院

○○○○科)○○○○先生御机下

紹介元医療機関の

所在地及び名称

貴院医療機関名

貴院ご住所

097-999-9999

㊞

TEL

医師氏名

お名前

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 住所 |  |
| 患者氏名 |  | (男・女) |
| TEL | (自宅) 000-000-0000(携帯) 000-000-0000 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　年　　月　　日 | ( 歳) |
| 保険区分 | 社保（本人・家族）国保（本人・家族）高齢（　割）後高齢（　割）その他（　　　　　） |
| 保険者番号 |  | 記号・番号 |  |
| 公費番号 |  | 受給者番号 |  |
| ※保険証の記号番号等を記入してください。ただし保険証のコピーを送っていただく場合は記入不要です。 |
| 紹介目的貴院検査結果などを簡単にご記入下さい | □入院治療依頼　※(入院依頼につきましては、事前に担当医師へご連絡をお願い致します)□外来診療依頼　□外来検査依頼　造影CT　□あり　□なし　造影MRI　□あり　□なし |
|  |
| 来院予定日　令和○○年○○月○○日 |
| 担当医師への連絡 | **済・未** | 来院方法 | **□救急車　□当院送迎車**(　)ストレッチャー(　)車椅子(　)独歩 **□自家用車等** |
| 主訴又は病名 |  |
| 既往歴及び家族歴・現病歴現症 |  |
| 検査所見・治療経過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備考 |  |

2025.07