

大分市医師会立アルメイダ病院

令和 年 月 日

科 担当医

先生

紹介元医療機関の
所在地及び名称

T E L

医師氏名

(印)

フリガナ		住所
患者氏名	(男・女)	TEL (自宅) — —
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	(携帯) — —

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 () 車イス () 普通車 ☐ 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			