

紹介状

Fax 61-1324 (救急)61-1345

名張市立病院 御中

紹介元医療機関

希望担当医 _____ 科 _____ 医師 _____

住 所

※指定がある場合にご記入ください。

名 称

市立病院受診歴 有・無・不明

医師氏名

印

電話番号

| | | |
|------------|---|----------------------------------|
| ふりがな _____ | 患者氏名 _____ 男 | 生年月日 H 8 年 10 月 23 日 (27) 歳 |
| 患者住所 | 電話番号 | 1233 |
| 保険種別 | <input type="checkbox"/> 社保(本院・家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> () | |
| 保険者番号 | 記号・番号 | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----|---------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------|--------------------------|-----|--------------------------|
| 希望診療科 (☑を付けてください) | 内科 | 循環器 | <input type="checkbox"/> | 外科 | <input type="checkbox"/> | 小児科 | <input type="checkbox"/> | 神経内科 | <input type="checkbox"/> | 皮膚科 | <input type="checkbox"/> |
| | | 消化器 | <input type="checkbox"/> | 整形外科 | <input type="checkbox"/> | 泌尿器 | <input type="checkbox"/> | 糖尿病内科 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 総合診療 | <input type="checkbox"/> | 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> | 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> | リウマチ膠原病 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 指定なし | <input type="checkbox"/> | 眼科 | <input type="checkbox"/> | 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> | 小児発達 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 糖尿病教育入院 | <input type="checkbox"/> | 看護外来 | | 皮膚トラブル・フットケア | <input type="checkbox"/> | 摂食障害 | <input type="checkbox"/> | | |

| | |
|---------|--|
| 疾 病 名 | |
| 紹 介 目 的 | |

既往歴・家族歴・病状経過・検査結果・現在の処方 等々

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|------|--|
| 特記事項 | |
|------|--|

名張市立病院