紹　 介 　状

Fax 61－1324　（救急）61－1345　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

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

　　　　　　　　　　　　　 　　　 　医師氏名　　　　　　　　　　　 　　　　㊞

市立病院受診歴　有・無・不明

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 生年月日 | T・SH・R | 年　　月　　日（　　歳 ）　　  |
| 患者氏名 | （ 男・女 ） |
| 患者住所 | 電話番号 |
| 保険種別 | □社保（本人・家族） □国保（本人・家族） □高齢者 □労災 □自賠 □(　　 　　　) |
| 保険者番号 |  | 記号・番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |



リウマチ膠原病

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | （参考資料） |

名張市立病院