

# 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	T・S H・R	年	月	日	
									( )歳	
患者住所					電話番号					
保険種別	□ 社保(本院・家族) □ 国保(本人・家族) □ 高齢者				□ 労災	□ 自賠	□ ( )			
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"/>	専 門 外 来	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>
		消化器	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	専 門 外 来	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