

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	<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"/>	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"/>	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