

# 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

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

印

電話番号

市立病院受診歴 有・無・不明

ふりがな	-----	生年月日	T・S	年	月	日
患者氏名	(男・女)		H・R	(	歳)	
患者住所	電話番号					
保 険 種 別	<input type="checkbox"/> 社保 (本人・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)	循環器	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	呼吸器内科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	糖尿病教育入院	<input type="checkbox"/>
	消化器	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	腎臓内科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>		
	総合診療	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	脳神経内科	<input type="checkbox"/>	乳腺外科	<input type="checkbox"/>		
	一般内科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	糖尿病内科	<input type="checkbox"/>	形成外科	<input type="checkbox"/>		
	指定なし	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	リウマチ科	<input type="checkbox"/>	小児発達	<input type="checkbox"/>		

\*内科の指定がない場合は「指定なし」に○をしてください。

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