

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

(印)

電話番号

市立病院受診歴 有・無・不明

ふりがな _____ 患者氏名 _____ (男・女)	生年月日 T・S _____ 年 月 日(歳) H・R _____
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)	内科	循環器 <input type="checkbox"/>	外 科 <input type="checkbox"/>	小 児 科 <input type="checkbox"/>	専門 外来	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"/>		乳腺外科 <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	(参考資料)

名張市立病院