

診療情報提供書

市立青梅総合医療センター 医療機関名

診療科

住所

電話

医師名

医師名

予約担当者(部署・氏名)

受診予約 日 時	月 日 ()	時 分
-------------	---------	-----

患者 情報	フリガナ		性別	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日(歳)
	住所	〒 -			
	電話	自宅	携帯		
	受診歴	<input type="checkbox"/> 有 市立青梅総合医療センター患者ID: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
保険 情報	保険者番号		被保険者氏名		
	記号・番号		本人・家族		
	資格取得年月日		公費	負担者番号	
	有効期限			受給者番号	

診療情報 (貴院の診療情報提供書をご利用いただいても差し支えありません)

紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療()	終診後希望	<input type="checkbox"/> 返還 <input type="checkbox"/> 定期受診 <input type="checkbox"/> 継続診療
主訴・傷病名等			
症状・経過・検査結果・治療内容など			
現在の処方			