

診療情報提供書（一般用）

年 月 日

公立学校共済組合 東北中央病院

科 医師(宛) (紹介元)

東北中央病院地域医療連携室
専用FAX(フリーダイヤル)
0120-168-990
直通電話(フリーダイヤル)
0120-703-995

医療機関名
医師氏名
電話番号
FAX番号

患者氏名(フリガナ)		性別	生年月日
		男・女	大 昭 年 月 日 (歳) 平 令
住所 :		電話() -	
医療 保 険	保険者番号	公 費 負 担	公費番号
	記号・番号		受給者番号
(本人・家族)被保険者名		負担割合() 割・無	
受診希望日: 年 月 日 ()		職業:	
傷病名・主訴			
既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など			
感染症		食物、薬物アレルギー(有・無)	
① HB (- +) ② HCV (- +) ③ WaR (- +) ④ MRSA (- +)			
現在の処方 :		備考 : (注意事項)	
		持参の資料等 : 有 ・ 無	
		ご返却 : 要 ・ 不要	