紹介状（診療情報提供書）

年　月　日

依　頼　患　者　様					
フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年　月　日　歳	
氏名	男 女				
住所	電話（　　）　－				

紹介元医療機関住所				
施設名	保険	保険者番号		□本人
診療科		記号番号		□家族
医師名　先生	後期	後期高齢番号		□1割
TEL　FAX		受給者番号		□3割
	公費	負担者番号		
		受給者番号		

傷病名		全身状態 □寝たきり□車椅子□独歩	
紹介目的	□診察　□入院　□CT検査（□単純□造影）部位（　　） □検査　□MRI検査（□単純□造影）部位（　　）		
既往歴及び家族歴	※造影検査の時：造影剤副反応の有無　□なし　□不明　□あり（症状：　　）		

症状経過及び検査結果・治療経過

＜ご確認をお願いします。＞
患者さんは外来で返事をお待ちですか。（□待たれている　□待たれていない）
発熱の有無　□なし □あり（　　℃）　2週間以内の県外への移動　□なし　□あり
ペースメーカー挿入の有無　□なし □あり
糖尿病治療薬の有無　□なし □あり（　　）
薬物ｱﾚﾙｷﾞｰ　□なし　□不明　□あり（　　）
感染症　□なし　□不明　□あり（　　）

現在の処方	

依頼先科名　（内科・小児科・外科・整形外科・婦人科・泌尿器科・眼科・耳鼻咽喉科）
医師名（　　）医師　・　□指定なし

診療希望日	月　日　（　）　（第2希望　月　日）

※事前にこの用紙をFAXしていただくことによって、カルテを作成し診察日の予約を行います。

【保険情報は保険証・カルテの保険番号のコピーでも構いません】

TEL：0847―45―3300（代表）　FAX：0847―40―0129（地域医療連携室 直通）
地方独立行政法人府中市病院機構　府中市民病院