

診療情報提供書 (FAX患者紹介)

紹介先 **長野松代総合病院** () 科 年 月 日
 担当医 () 先生

送信先 **病診連携室 (FAX受付)** 紹介元医療機関
 FAX 278-7983 所在地・TEL
 TEL 278-2031 医師氏名 印

患者	フリガナ		生年月日		男
	氏名		明・大・昭・平	年 月 日	・女
	住所	TEL -			
傷病名					
紹介目的					
既往歴					
病状経過					
検査結果					
治療経過					
処方状況					

来院予定日： 月 日 (希望時間 :)

保険 情報	保険種類：国保・社保・老人・公費		本人・家族	
	保険者番号		公費負担番号	
	記号・番号		受給者番号	