診療情報提供書

年　月　日

三好病院　地域医療連携室宛　　FAX:0798-31-0668

紹介先医療機関	紹介元医療機関
医療法人 芳恵会 三 好 病 院 兵庫県西宮市甲子園口北町24番9号 TEL(代)：0798-67-3505 FAX(代)：0798-67-4255	名称 所在地 TEL： FAX：

フリガナ			〔大・昭・平・令〕
患者氏名		男 女	年　月　日生　(　　才)
患者住所 (〒　－　)			
			電話:
紹介目的	□入院　□精査・診断　□その他(　　)		
傷病名			
【既往症・家族歴】			
抗凝固剤服用(無・有：　　)			
薬剤アレルギー(無・有：　　)			
【傷病名】			
【病状経過・治療経過・検査結果			

保険	保険者番号		公費	負担者番号	
	記号・番号			受給者番号	
	有効期限			有効期限	
	被保険者との続柄	□本人　□家族		負担割合・負担金	
	負担割合	割	患者さま状況		□ 外来通院中 (□待機中　□帰宅済み) □入院中
	その他	□労災　□交通事故 □生保　□その他の公費			