**様式－Ⅱ**

**診　療　情　報　提　供　書**

**（紹　介　状）　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**愛知学院大学歯学部附属病院**

**科・部**

**担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿**

**所在地　　〒　　　　　－**

**電話番号　　（　　　　　　　　）　　　　　　　-**

**F　A　X　　　（　　　　　　　　）　　　　　　　-**

**紹介元医療機関名**

**医科医師・医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**登録医番号　　　　無・有　　No.**

 **＊必ずFAX番号をご記入ください**

**下記の患者様を紹介しますのでよろしくお願いいたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **大　・　昭　・　平　・　令** |
| **氏　　　　名** | **様** | **年　　　　月　　　　日（　　　　歳）　男・　女** |
| **住　　　　所****TEL** | **〒****☎　（　　　　　　）　　　　　　-** |
| 保険者番号 |  | 保険者 |  |
| 記号番号 |  | 被保険者 | 　　　　　　　　　　　　　　　　：本人・家族 |
| 資格取得 |  | 有効期限 |  |
| 事業所住所 |  | 事業所名称 |  |
| 公費負担区分 | 子・障・母・精・福・保険外・（　　　　） | 市町村・公費負担番号 |  |
| 有効期限 |  | 受給者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 初診日　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 愛知学院大学歯学部附属病院来院予定日　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 主訴又は病名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 既往症及び家族歴、病歴、診療状況及び検査結果、現在の処方＊添付書類　　　　　　　　通、画像　　　　　　枚 |  |