

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

登録医番号 無・有 No. _____

印

***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