

# 患者様紹介状 (診療情報提供書)

公費負担者番号							
公費負担医療受給者番号							
老人負担給付割合	1割・2割・3割						
療養型入院で	ない・ある						

保険者番号							
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
被保険者との続柄 ( 本人・家族 )							

紹介先(社) **鹿児島共済会**      **南風病院**

科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_

受診予定日      年      月      日

フリガナ \_\_\_\_\_

紹介元医療機関の名称・所在地	
医 師 名	
電 話	
F A X	

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様      男・女    M・T・S・H      年    月    日生 (      歳)

住 所 \_\_\_\_\_      電話 \_\_\_\_\_

紹介目的：精査・加療・その他 ( _____ )	入院希望 ( 無・有 )	
主訴及び傷病名	既 往 歴	特記事項 ( 無・有 )
	家 族 歴	特記事項 ( 無・有 )
症状・治療経過		
現在の処方 ( 無・有 )	MRI・RI・CT検査	
	予約 有	
	クレアチン値(      月      日)	
	(      mg/dl)	