

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					

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	

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)	MR・RI・CT検査 予約 有 クレアチニン値(月日) (mg/dl)
------------	--