診療情報提供書（紹介状）

医療法人北晨会　恵み野病院
地域医療連携室　宛
〒061-1395
恵庭市恵み野西2丁目3番5
TEL（0123）36-7555
FAX（0123）37-2660

記載年月日 平成　　年　　月　　日
御紹介元
御 住 所
医師御氏名
TEL
FAX

フリガナ		患者様住　所	
患者様氏名	様（男・女）		
生年月日	明·大·昭·平　　年　　月　　日　　才	TEL	

希望診療科	1.循環器内科　2.消化器内科　3.糖尿病内科　4.総合内科　5.小児科　6.泌尿器科　7.皮膚科　8.外科　9. 放射線科 10.整形外科　11.脳神経外科　12.形成外科　13.心臓血管外科　14腎・高血圧内科　15.その他（　　）
紹介目的	□診察　□検査　□入院　□その他　（　　）
受診希望日	□救急　□当日　□特になし　□特定日時希望　（　　月　　日　　午前・午後　）
主訴又は傷病名	
既往歴・家族歴等	
症状経過 治療経過 現在の処方 バイタル等 （簡潔でもかまいません）	

患者様の状態（お分かりになる範囲でお願いします。）	日常生活自立度	J・　A・　B・　C	認知度判定基準	Ⅰ・　Ⅱa・　Ⅱb・　Ⅲa・　Ⅲb・　Ⅳ・　M	
	感染症	未・無・有/HB/HC/TPHA/MRSA/他（　　）			体内外金属 無・有（　　）
	薬剤過敏	不明・無・有（　　）			
	腎機能異常	不明・無・有（　　）	造影剤過敏	不明・無・有（　　）	
	酸素の使用	無・有　（　　）ℓ			
	意識状態	正常　・　傾眠　・　半昏睡　・　深昏睡			
要望事項 留意事項					

保険者番号		公費負担者番号	
記　　号		公費負担受給者番号	
番　　号			
被扶養者氏名		公費負担者番号	
続　　柄		公費負担受給者番号	

・枠内の項目をご記入の上、上記へ送信お願い致します。
・15分程度で『予約票』患者様用をFAXにて返信させていただきます。
・事前のｶﾙﾃ作成で患者様の待ち時間が短縮できますので、保険の記入にご協力ください。ｶﾙﾃの表紙のコピーでもかまいません
・１７時以降の2次救急で急を要するご紹介は、当直医に電話連絡後にFAX（０１２３－37-2660）送信お願い致します。