

診療情報提供書

(秋田労災病院地域連携室経由)

平成 年 月 日

秋田労災病院

住所

歯科口腔外科

新患担当医

先生御侍史

医院名

電話番号

FAX

電話番号 0186(52)3131(内線2782)

FAX 0186(47)7611

医師氏名

印

フリガナ

患者氏名

様

性別

生年月日

年齢

患者住所

電話番号

職業

被保険者氏名

本人 ・ 家族

保険者番号

記号・番号

資格取得

有効期限

公費負担者番号

受給者番号

福祉医療負担者番号

受給者番号

資格取得

有効期限

負担割合

医療限度額認定適用標準負担限度額認定

診断・紹介目的・既往歴・家族歴・経過・検査結果及び現在の処方等

緊急 ・ 予約 ←いずれかに○

臨床診断:

紹介目的:

いつもお世話になっております。上記疾患に対して、御高診の程よろしく申し上げます。

既往歴:

検査結果:

症状経過:

処方: 他科からの処方 有 ・ 無