

紹介状（診療情報提供書）

F A X 072-758-8802

平成 年 月 日

自衛隊阪神病院

受診希望科 ( ) 科  受診希望日 第1 平成 年 月 日 第2 平成 年 月 日	医療機関名 住 所 医師 氏名 印 TEL ( ) - FAX ( ) -
--	---

ふりがな	住所 〒
患者氏名	
男・女	TEL ( ) -
M・T・S・H 年 月 日生 ( 才)	
病 名	職 業

紹介目的

既往歴及び家族歴

経過・治療内容・検査結果・処方等 [薬品アレルギー (+・-) 薬品名 ]

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

保険証の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 自衛官診療証 <input type="checkbox"/> 防衛省共済組合員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保 険 証	記号                      番号                      保険者番号 (発行機関コード)
	被保険者氏名 (本人の場合は記載不要)                      被保険者との続柄 ( )
	有効期限 平成 年 月 日まで
公 費 負 担	公費負担番号                      受給者番号
	種 類      後期 ・ 老 ・ 高 ・ 身 ・ 母 ・ 乳 ・ 特 ・ 障
	有効期限 平成 年 月 日まで