

# 診療情報提供書 (FAX患者紹介)

紹介先 長野松代総合病院 ( ) 科 年 月 日  
 担当医 ( ) 先生

送信先 病診連携室 (FAX受付) 紹介元医療機関  
 FAX 278-7983 所在地・TEL  
 TEL 278-2031 医師氏名 印

患者	フリガナ		生年月日				男
	氏名		明・大・昭・平	年	月	日	・女
	住所	TEL -					
傷病名							
紹介目的							
既往歴							
病状経過							
検査結果							
治療経過							
処方状況							

来院予定日： 月 日 (希望時間 : )

保険 情報	保険種類：国保・社保・老人・公費		本人・家族		
	保険者番号		公費負担番号		
	記号・番号		受給者番号		