

# 診療情報提供書

一般財団法人 大原記念財団

作成日: 令和 年 月 日

大原医療センター

〒960-0102

福島県福島市鎌田字中江33

TEL 024-554-2001(代表)

024-554-2417(地域連携相談室)

FAX 024-554-2436(地域連携相談室)

## 【紹介元医療機関】

所在地

TEL

FAX

医療機関名

医師名

紹介科

担当医

先生 宛

ふりがな	生年月日
患者氏名 (男・女)	明・大 昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所	
TEL	(携帯電話)
傷病名及び 紹介目的	
既往歴	
病状経過・検査結果・治療経過	
現在の処方	
備考 (特記事項・添付資料の有無・返却の要否等)	

FAX 024-554-2436

患者紹介用FAX連絡票

一般財団法人 大原記念財団  
大原医療センター

作成日：令和 年 月 日

〒960-0102  
福島県福島市鎌田字中江33  
TEL 024-554-2001(代表)  
024-554-2417(地域連携相談室)  
FAX 024-554-2436(地域連携相談室)

【紹介元医療機関】

所在地
T E L
F A X
医療機関名
医師名

紹介科 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ 先生 宛

ふりがな	生年月日
患者氏名 (男・女)	明・大 年 月 日 ( 歳) 昭・平
住所	
TEL	(携帯電話)
傷病名及び 紹介目的	

【健康保険証情報】 (  下記のとおり ・  別紙のとおり )

保険証番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
本人・扶養の区別	本人 ・ 扶養	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
子ども医療受給者番号			

受診日	<input type="checkbox"/> 予約済 <input type="checkbox"/> 希望有 <input type="checkbox"/> 希望無	令和 年 月 日 ( ) :
	<input type="checkbox"/> 未定	( <input type="checkbox"/> 受診日未定 ・ <input type="checkbox"/> 後日、本人より連絡予定 )

備考欄	
-----	--

◇この連絡票に患者氏名、住所、性別、生年月日、保険証番号等の健康保険証情報をご記入または添付の上、FAXでお送りください。予め診察券とカルテを準備いたします。

◇受診時ご持参いただくもの

- ①診療情報提供書(ご紹介状)、②健康保険証(各種受給者証等含む)、③診察券(当院受診歴がある場合)、④おくすり手帳