

診療情報提供書（FAX患者紹介）

年 月 日

紹介先 長野県立信州医療センター（ ）科
担当医（ ）医師

●送信先 地域医療福祉連携室（FAX受付） 紹介元医療機関
FAX（026）246-5530 所在地
TEL（026）246-6577（ダイヤル）

電話番号
FAX

県立信州医療センターに受診したことがありますか
・ある ・なし

医師氏名

患 者	フリガナ	生年月日			男 ・ 女
	氏 名	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳			
	住 所	TEL			
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		

紹 介 目 的	
傷 病 名 (主 訴) 既往歴及び 家 族 歴	薬剤アレルギー(有: 無)
現 病 歴 現 症	
病状経過及び 検 査 結 果 治 療 経 過	
現在の処方	

来院予定日: 月 日 (時間 :)