年　月　日

紹介状（診療情報提供書）

【紹介先医療機関】

ＪＡ長野厚生連

南長野医療センター篠ノ井総合病院

長野市篠ノ井会６６６－１

電話 026(292)2261　FAX 026(261)1063

科　先生

【紹介元医療機関】

所在地

医療機関の名称

電話番号

先生のお名前　㊞

□ **診療**　□**診療情報の照会**　□**返書**

患者	フリガナ 氏名		旧姓	生年月日 T S H 年 月 日 男 女
	住所	〒		電話 携帯電話
病名				
紹介目的				
既往歴				
主訴・現病歴 治療経過 検査成績 処方				

【希望日】　□本日(緊急)　(来院方法：□救急車　□自家用車)

□予約希望日　月　日

※ご希望にそえない場合もありますが、善処させていただきますので、よろしくお願いいたします。

保険情報	保険種類：　社保・国保・後期高・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	