

紹介状（診療情報提供書）

【紹介先医療機関】

J A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

【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 ㊟

科 先生

- 診療 診療情報の照会 返書

患者	フリガナ (必須) 氏名	旧姓	生年月日	T S H R	年 月 日	男女
	住所	〒		電話番号(日中連絡先) 電話		
病名					①携帯電話(本人)	
					②携帯電話(家族)()	
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は、ご容赦願います。

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	