

診療情報提供書（オープンシステム紹介状）

西暦 年 月 日

済生会新潟県中央基幹病院 科

先生侍史

医療機関の所在地
及 び 名 称
電 話 番 号
医 師 氏 名 (印)

ふりがな		性 別	男 ・ 女
患者氏名	様		
生年月日	西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)	職 業	
住 所		T E L	

●紹介目的 1. 外来受診
依頼検査名 ()
2. 入院加療 (手術・分娩も含む)
共同診療での選択 (主治医・副主治医)

●診療情報 1. 診断名 2. 主訴 3. 既往歴 4. 家族歴 5. 症状・検査・治療経過
6. 処方内容 7. アレルギー・喘息・腎機能低下などの有無 8. その他

① 年 月 日
受診希望日 ② 年 月 日

●貸出資料 (フィルムなど) の返却 (要 ・ 否)

備考 1. カルテ作成のため、本状等をファックス (FAX 0256-33-5836) にて送信下さい。
2. 来院当日、本状と保険証の提示をお願いします。