

# 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

㊞

ふりがな	-----	性別	男・女
患者氏名	様	職業	
生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）	TEL	
住 所			

- 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。