

独立行政法人国立病院機構南九州病院宛  
診療情報提供書兼紹介状

[ FAX0995 - 63 - 0840 TEL0995 - 62 - 2121 ] 内線296

1 診療科(南九州病院) \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

2 紹介元医(病)院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

TEL - - \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

3 来院予定日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 曜日)

緊急性の有無(有・無) 来院方法(救急車・その他) 南九州病院受診歴(有・無)

4 受診者情報

保険者番号	_____	公費負担番号	_____
被保険者証の記号番号	_____	公費負担受給者番号	_____

被保険者名・続柄 \_\_\_\_\_ (本人・家族) \_\_\_\_\_ 保険証のコピーでも結構です。

ふりがな	_____	男	生年月日 明・大・昭・平
患者氏名	_____	女	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)

住 所 〒( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 町  
TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

傷 病 名 \_\_\_\_\_

紹介目的 : 1、受診依頼(入院・外来) 2、検査依頼 3、(手術・治療)依頼 4.その他( \_\_\_\_\_ )

既往歴及び家族歴 \_\_\_\_\_  
食物・薬物アレルギー(有・無)

症状経過・治療経過及び検査結果 \_\_\_\_\_

現在の処方及び備考 \_\_\_\_\_