

医療法人創起会
くまもと森都総合病院
診療情報提供書兼紹介状

くまもと森都総合病院 地域医療連携室 行き
 FAX 096-364-8585
 TEL 096-364-6000

くまもと森都総合病院 診療科	科	医師	担当医連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
貴医療機関名	科名		
医師名			
連絡先	電話番号 () -	FAX () -	

患者様情報			
フリガナ		TEL	
患者様氏名	(<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	保健区分	社保(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) 国保(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 その他()
生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日(歳)		
住所			
保険者番号	公費番号	記号番号	受給者番号
来院予定日	<input type="checkbox"/> 外来・ <input type="checkbox"/> 入院 くまもと森都病院受診歴 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無 平成 年 月 日 (曜日) [<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後] ※新患の時間予約制はとっておりません。受付時間 午前:8:00~11:00 午後 12:30~15:30		
傷病名			
紹介目的			
既往歴・家族歴			
病状経過・検査結果・治療経過・その他			
現在の処方及び問題点			