

診療情報提供書

あづま脳神経外科病院提供用

平成 年 月 日

(紹介先医療機関)

〒960-1101

福島県福島市大森字柳下 16-1

社会医療法人 あづま脳神経外科病院

TEL (代表) 024-546-3911

連携直通 024-544-3650

FAX (直通) 024-544-3650

科

先生

(紹介元医療機関)

所在地

TEL

FAX

医療機関名

医師名

患者情報

| | | |
|-----------------------|---------------|-----|
| ふりがな | | 住所： |
| 患者氏名 | | |
| 生年月日 | T・S・H 年 月 日 歳 | TEL |
| 主訴 又は疾病名 | | |
| 紹介目的 | | |
| 既往歴 | | |
| 病状経過 検査結果 治療経過等 | | |
| 現在の処方 | | |

保健情報

| | | | |
|-------|---------|--------|--------------|
| 保険番号 | | 公費負担番号 | |
| 記号・番号 | | 受給者番号 | |
| 本人・扶養 | 本人 ・ 扶養 | 負担割合 | 1割 ・ 2割 ・ 3割 |