紹　介　状（診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

（紹介先）公立学校共済組合関東中央病院

担当科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

FAX　03-3429-1702（専用）
TEL　03-3429-1346（直通）
　　03-3429-1171（代表）

（紹介元）
医療機関名：
医師氏名　：
電話番号　：
FAX 番号　：

患者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	性　別	生年月日
	男・女	M・T・S・H・R　　年　　月　　日生 （　　歳）

住　所　〒

TEL（自宅・携帯）（　　）　　－　　職業（　　）

受診希望日：　　月　　日（　　）	当院受診歴　　有　・　無 （ID：　　）

傷 病 名：

紹介目的：

☐診察
☐CT（単純・造影）　部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
☐MRI（単純・造影）　部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　☐MRCP
☐核医学検査（RI）　検査項目＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**※事前に核医学室（代表）へ要TEL予約**
☐超音波検査　部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
☐骨密度検査（身長＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿kg）
☐脳波
☐上部消化管内視鏡検査

既往歴・症状経過・治療経過・検査結果等：

現在の処方：

※カルテ作成のため下記の健康保険証番号・被保険者名・続柄等の記載をお願いします。

被保険者	保険者番号		続　柄（どちらかに○）	本 人　・　家 族	負担割合
	記号・番号		有効期限	年　月　日	（　　）割
公費	種別 ○		資格取得年月日	年　月　日	
			有効期限	年　月　日	

関東中央病院 地域医療連携室