紹　介　状（診療・検査申込依頼書）

平成　　年　　月　　日

［様式１
紹介医⇒共和病院］

共和病院

科　　先生

【共和病院　地域医療連絡室】
ＴＥＬ：06－6718－2225（直通）
ＦＡＸ：06－6718－2200

紹介元医療機関

名称
住所　〒　　－

ＴＥＬ：（　　）　　－
ＦＡＸ：（　　）　　－
紹介医氏名　　印

フリガナ		共和病院での受診歴：　無　・　有	
患者氏名	**男・女**	**カルテＮｏ：　　－** **Ｉ　Ｄ　：**	
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　歳）		
住　所	**〒　　－** **ＴＥＬ：（　　）　　－**		

保健証	保険者番号		記号	番号
	被保険者	本人・家族（被保険者氏名　　）	負担割合	割
	公費負担者番号①		公費受給者番号①	
	公費負担者番号②		公費受給者番号②	

傷病名					
紹介目的	①診察	②検査	③手術	④入院	⑤その他　（該当する番号に○印をつけて下さい）
受診希望日	第１希望：　　月　　日（　　）			第２希望：　　月　　日（　　）	

①既往歴　②家族歴　③症状経過及び検査結果　④治療経過　⑤現在の処方　⑥その他

患者に対する留意事項
薬物禁忌：無・有（　　）　感染症：無・有（　　）
そ の 他：

必要がある場合は、別紙に記載して添付をお願いいたします。