

診療情報提供書

[千葉中央メディカルセンター①]

<紹介先医療機関名>

平成 年 月 日

医療法人社団 誠馨会 千葉中央メディカルセンター 御中

科 先生

<紹介元医療機関名称>

所在地

電話番号

医師氏名

印

保険者番号	
被保険者証 記号・番号	・
被保険者 との続柄	本人・家族
公費負担者 番号	
公費負担 受給者番号	
負担割合	割

事前電話連絡 済 無

フリガナ 患者氏名			
住 所	TEL	() -	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別 男 ・ 女	
紹介目的 該当項目 を○で囲 んで 下さい	<input type="checkbox"/> 検査 1. CT・MRI・MRA・RI : 部位 () a. 単純 b. 造影 c. 委任 《重篤なアレルギー 有・無》 ※ MRIの場合のみ《ペースメーカー・ステント 有・無》《体内磁性体 有・無》 2. 上部消化管内視鏡 3. 超音波(心・甲状腺・腹部・乳腺・頸動脈) 4. トレッドミル ・ホルター心電図 ・脳波	[読影結果] ・即日 ・翌日以降可	
	<input type="checkbox"/> 診察	[媒体] ・フィルム・抜粋 ・C D ・不要	
	<input type="checkbox"/> 入院 (貴院の算定項目を○で囲んでください) ・後期高齢者診療料 ・在宅時医学総合管理料 ・在宅末期医療総合診療料 ・各在宅療養指導管理料《自己注射を除く》 ・特定施設入居時等医学総合管理料		
症状名			
経 過 及 び 特 記 事 項	主訴:経過概略:特記事項等		
現在の 処 方			
添付資料	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・レントゲンフィルム ・心電図 ・検査記録 ・その他 ()		
※ 症状安定後に引き続き貴院にてのご加療を希望されますか (希望します ・ 希望しません)			

診療情報提供書

[紹介元医療機関控②]

<紹介先医療機関名>

平成 年 月 日

医療法人社団 誠馨会 千葉中央メディカルセンター 御中

科 先生

<紹介元医療機関名称>

所在地

電話番号

医師氏名

印

保険者番号	
被保険者証 記号・番号	・
被保険者 との続柄	本人・家族
公費負担者 番号	
公費負担 受給者番号	
負担割合	割

事前電話連絡 済 無

フリガナ 患者氏名			
住 所	TEL	() -	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別	男 ・ 女
紹介目的 該当項目 を○で囲 んで 下さい	<input type="checkbox"/> 検査 1. CT・MRI・MRA・RI : 部位 () a. 単純 b. 造影 c. 委任 《重篤なアレルギー 有・無》 ※ MRIの場合のみ《ペースメーカー・ステント 有・無》《体内磁性体 有・無》 2. 上部消化管内視鏡 3. 超音波(心・甲状腺・腹部・乳腺・頸動脈) 4. トレッドミル ・ホルター心電図 ・脳波		[読影結果] ・即日 ・翌日以降可
	<input type="checkbox"/> 診察		[フィルム] ・フィルム・抜粋 ・C D ・不要
	<input type="checkbox"/> 入院 (貴院の算定項目を○で囲んでください) ・後期高齢者診療料 ・在宅時医学総合管理料 ・在宅末期医療総合診療料 ・各在宅療養指導管理料《自己注射を除く》 ・特定施設入居時等医学総合管理料		
症状名			
経 過 及 び 特記事項	主訴:経過概略:特記事項等		
現在の 処 方			
添付資料	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・レントゲンフィルム ・心電図 ・検査記録 ・その他 ()		
※ 症状安定後に引き続き貴院にてのご加療を希望されますか (希望します ・ 希望しません)			