

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〉

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 ⑩

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	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 : 部位 () a. 単純 b. 造影 c. 委任 《 重篤なアレルギー 有 ・ 無 》 《 体内磁性体 有 ・ 無 》 《 ペースメーカー ・ スtent 有 ・ 無 》 2. DEXA 3. 超音波(甲状腺、腹部、頸動脈)		[読影結果] ・ 要 ・ 不要
	<input type="checkbox"/> 診察 (貴院の算定項目を○で囲んでください)		[媒体] ・ CD ・ フィルム ・ プリント ・ 不要
	<input type="checkbox"/> 入院 ・ 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〉

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	年 月 日生	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 : 部位 () a. 単純 b. 造影 c. 委任 《 重篤なアレルギー 有 ・ 無 》 《 体内磁性体 有 ・ 無 》 《 ペースメーカー ・ スtent 有 ・ 無 》 2. DEXA 3. 超音波(甲状腺、腹部、頸動脈)		[読影結果] ・ 要 ・ 不要
	<input type="checkbox"/> 診察 (貴院の算定項目を○で囲んでください)		[媒体] ・ CD ・ フィルム ・ プリント ・ 不要
	<input type="checkbox"/> 入院 ・ 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)