

(市立病院宛)

# 紹介・診療情報提供書

令和 年 月 日

さいたま市立病院

〒336-8522 さいたま市緑区大字三室 2460 番地

Tel 048-873-4111 (代)

紹介元医療機関

(該当する医療機関は□に✓を入れて下さい)

在宅時医学総合管理料等を算定している。

在宅療養支援診療所である。

名称

科名

医師名

TEL・FAX

科

先生

フリガナ				性別
氏名(漢字)				男・女
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳)
現住所	〒			
Tel			(携帯)	
当院受診歴	有・無・不明	ID番号(7桁)		—
紹介目的	① 入院 ( I 型    II 型    どちらでも可 ) ② 検査 (            )    ③ その他 (            )			
傷病名				
既往歴及び家族歴				
症状及び経過 (□別紙参照) 検査所見 (□別紙参照) 治療経過 (□別紙参照)				
処方 (□別紙参照)				