（群馬県済生会前橋病院提出用）

紹介先医療機関名

# 診療情報提供書

## 群馬県済生会前橋病院

記入日　　年　　月　　日

科　　医師

第１受診希望日　　年　　月　　日（　）　　時頃

第２受診希望日　　年　　月　　日（　）　　時頃

紹介元医療機関の名称及び所在地

電話番号

ＦＡＸ

医師氏名

受診歴　あり・なし・不明

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭・平<br>年　月　日（　才） | 男・女 |
| 患者氏名 | | | | |
| 住所 | 〒　　－ | 電話番号 | －　　－ | |
| 保険者番号 | | 本人 | 公費負担者番号 | |
| 記号・番号 | ・ | 家族 | 受給者番号 | |
| 健康保険外 | 〔自賠・労災・公災・その他（　　）〕（負担割合：１割　２割　３割） | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ご依頼内容 | 診察・入院・検査・セカンドオピニオン外来<br>傷病名〔　　〕 | | |
| | 画像診断 | CT<br>MRI | 部位〔　　〕　造影〔要・不要〕　Cr〔　　〕mg/dl<br>画像データ出力〔フィルム・CD-R〕 |
| | | AG・ECHO・マンモグラフィー（MMG）<br>※マンモグラフィーの予約は外科にご紹介下さい。<br>※ AG は各科入院の上行いますので、診療科にご紹介下さい | |
| | 内視鏡検査 | 上部消化管　・　下部消化管 | |
| | 心機能検査 | 心臓カテーテル造影検査・心 ECHO・負荷心電図・その他（　　）<br>※カテーテル検査は入院の上行いますので、診療科にご紹介下さい | |
| | その他の検査 | （　　）具体的にご記入下さい | |

既往歴・家族歴

症状経過・治療経過・検査結果

現在の処方

| | |
|---|---|
| 添付資料〔無・有（　　）〕 | 返却〔要・不要〕 |

備　考

4×20×700 ㊕