（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 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　才）	男・女
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
傷病名〔　〕

画像診断	CT MRI	部位〔　〕造影〔要・不要〕Cr〔　〕mg/dl 画像データ出力〔フィルム・CD-R〕
	AG・ECHO・マンモグラフィー（MMG） ※マンモグラフィーの予約は外科にご紹介下さい。 ※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（　） ※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	