

開放病床の希望
有 ・ 無

紹介状（診療情報提供書）

[受診予約依頼書]

年 月 日

独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター

科	医療機関名
医師氏名	所在地
〒701-1192 岡山市北区田益1711-1	電話番号
地域医療連携室 TEL 086-294-9556	FAX番号
FAX 086-294-9557	診療科
病院代表 TEL 086-294-9911(夜間・休日)	医師氏名
FAX 086-294-9505	担当者名

印

患者氏名	フリガナ	男 女	生年月日	年 月 日生 (才)	電話番号
	旧姓 ()				() -
患者住所					
被保険者証 記号・番号	(保険者番号の記載は不要です)				

傷病名 (主訴又は病名)					
紹介目的	どちらか一方のみチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査		現在の状況にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中		
既往歴及び 家族歴	感染症 (有 ・ 無)		薬物アレルギー (有 ・ 無)		
病状経過及び 検査結果 治療経過					
現在の処方					
備考 (患者に関する留意事項)					

- 注 1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。