

診療情報提供書（兼）受診依頼票

令和 年 月 日

愛知医科大学病院

受診希望科 _____ 科

_____ 先生

受診希望日① 令和 年 月 日 ()

受診希望日② 令和 年 月 日 ()

医療機関名

所在地

医師名

印

TEL () -

FAX () -

希望日なし 愛知医科大学病院の受診歴（有・無・不明）（愛知医大 ID: _____）

フリガナ					性別	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者氏名	様				男・女		
住所 (事前紹介時のみ ご記入下さい)	〒				TEL	() -	
保険情報 保険証のコピーを FAXしていただ いても結構です	保険者番号					子・障・母	前高・後高(割) <input type="checkbox"/>
	記号・番号					公費負担者番号	
	続柄	本人・家族				公費受給者番号	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査, 診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()						
傷病名 (主訴)							
既往歴	薬物アレルギー (有 ・ 無)						
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方 等							
添付資料 (無 ・ 有 ・ ・ ・ X - P ・ 心電図 ・ 検査記録)、添付資料返却の必要性 (有 ・ 無)							