

## 診療情報提供書 兼 診療申込書

地域連携部宛 F A X 0742-51-8500 T E L 0742-51-8700 (内線 160、153)

医療法人拓生会

**奈良西部病院**

診療科 \_\_\_\_\_ 科

医師名 \_\_\_\_\_

<b>紹介元 医療機関名</b>	
<b>所在地</b>	
<b>医師名</b>	
<b>電話番号</b>	
<b>F A X 番号</b>	

<b>フリガナ</b>		<b>生年月日</b>	<b>性別</b>
<b>患者氏名</b>		明・大・昭・平 年 月 日	男 ・ 女
<b>住所</b>	〒 -	<b>電話番号</b>	① ②

<b>傷病名</b>																								
<b>紹介目的</b>																								
<b>既往歴</b>																								
<b>症状経過 治療経過</b>																								
<b>現在の処方</b>																								
<b>持参資料</b>	X線 ・ CT ・ MRI ・ 内視鏡 ・ 超音波検査 ・ 心電図 ・ 検査データ																							
<b>受診希望日</b>	本日					年 月 日																		
<b>保険者番号</b>														<b>資格取得日</b>	年 月 日									
<b>記号・番号</b>						<b>負担割合</b>	負担割合 割																	
<b>被保険者名</b>	本人 ・ 家族																							
<b>公費負担番号</b>														<b>受給者番号</b>										
<b>保険適応外</b>	交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他( )																							

※ 初診の患者様は、保険情報を頂戴することで事前に受付処理いたします。  
 ※ ご来院時に保険証の確認が必要ですので、受診者様へ保険証を持参するようお願いください。