様式１

診療情報提供書兼申込書

(正･控)

令和　　年　　月　　日

医療法人朋愛会　朋愛リハビリテーション病院

担当医　　先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

医師氏名

電話番号（　　）　　ＦＡＸ（　　）

フリガナ	生年月日　T、S、H、R　　年　　月　　日(　　歳)
患者氏名	性別　男　・　女
住所　〒	
電話番号（　　）	

保険番号									公費							
記号		番号		枝番												
本人　・　家族	負担割合　　割															

受診希望日　第１(　　月　　日　　曜日)　第２(　　月　　日　　曜日)　第３(　　月　　日　　曜日)

1.傷病名
2.紹介目的
3.既往歴及び家族歴
4.症状経過及び検査結果　　□別紙参照（貴院指定の診療情報提供書）
5.治療経過及び現在の処方
6.紹介目的終了後の診療方針（何れかに○を付けてください。） ①紹介元医療機関　②朋愛リハビリテーション病院　③両者の相談により決定

備考　1.必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
　　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下さい。

医療法人朋愛会　朋愛リハビリテーション病院　TEL:06-6973-7100　FAX:06-6973-3322