

診療情報提供書 兼 南堺医療連携カード申請書

登録No.	※													
患者ID	※													
		記入日												
		年			月			日						
ふりがな氏名		男・女		明・大 昭・平			年		月		日生		歳	
〒			住所											
電話		保険番号												
病名	1	記号												
	2	番号												
	3	被保険者との続柄					本人・家族							
	4	公費負担者番号												
	5	受給者番号												
		老人負担割合			割		減免		あり・なし					
紹介理由														
既往歴及び家族歴														
症状経過及び検査結果							投薬内容							
治療経過														
感染症等	<input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> 薬物禁忌() <input type="checkbox"/> 病名告知 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入													
治療方針	積極的な治療を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない													
事前連絡	患者受診時に事前連絡を <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する(連絡先:)													
その他の連絡事項														
医療機関名							医師名							
〒			住所						電話番号					

提出先: 南堺病院 地域連携室 TEL:072-236-3636 FAX:072-236-3640