

診療情報提供書

令和
平成 年 月 日新潟労災病院
脳神経外科 御中

紹介元医療機関

担当医師名

所在地

TEL

FAX

フリガナ				TEL	()
患者氏名	男 女	TEL	()		
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生 (歳)	
御依頼	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血の検索 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤の検索 <input type="checkbox"/> その他 ()				
体内金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> その他 ()			
経過報告等 (必要でしたら、簡単な経過をご記入下さい)					
診察希望日	年 月 日 (曜日) 時				
当院受診歴	有・無	有の場合	年 月頃 () 科受診		
住所	都・道 市 府・県 郡				
保険証	本人・家族	記号	番号	保険者番号	
① 公費	公費番号			受給者番号	
② 公費	公費番号			受給者番号	

診療情報提供書

令和
平成 年 月 日

新潟労災病院
脳神経外科 御中

紹介元医療機関

担当医師名

所在地

TEL

FAX

フリガナ				TEL	()
患者氏名	男 女	TEL	()		
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生 (歳)	
御依頼	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血の検索 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤の検索 <input type="checkbox"/> その他 ()				
体内金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> その他 ()			
経過報告等 (必要でしたら、簡単な経過をご記入下さい)					
診察希望日	年 月 日 (曜日) 時				
当院受診歴	有・無	有の場合	年 月頃 () 科受診		
住所	都・道 市 府・県 郡				
保険証	本人・家族	記号	番号	保険者番号	
① 公費	公費番号			受給者番号	
② 公費	公費番号			受給者番号	