

(別紙様式11の2)

紹介先医療機関等名

担当医

科

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況

- ☐ 地域包括診療加算      ☐ 地域包括診療料      ☐ 小児かかりつけ診療料  
☐ 在宅時医学総管理料      (☐ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)  
☐ 施設入居時等時医学総管理料 (☐ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院)

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男 ・ 女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療経過

現在の処方

備 考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。