(別紙様式11の2)

	医療機関等名 担当医	科			殿						
1	紹介元医療機	関の所在	地及び名 電話番号		殿			年	月	E	
	□ 在宅時医	酬項目の 診療加算 学総合管理	届出状況 理料	□ 地坎 ([□在宅療え □在宅療え	&支援診 &支援診	□ 小児 塗療所又は在 診療所又は在	E宅療養	麦支拉	爰病院 爰病院	
	医師氏名								即		
患者氏名 患者住所 電話番号							性別	男	•	女	
生年月日	明・大・昭・	平・令	年	月	目 (歳)	職業				
傷病名											
紹介目的											
既往歴及で	び家族歴										
	 及び検査結果										
治療経過											
現在の処	<u></u> 方										
	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。