

紹介状・診療情報提供書

この様式は任意様式です。貴院の様式をお使いいただいても結構です。

— 紹介先医療機関名 —

— 紹介元医療機関名 —

吉川中央総合病院

医療機関名：

所在地：

医師氏名：

TEL：

FAX：

科
先生

受診希望日	第一希望	年 月 日	第二希望	年 月 日
フリガナ			生年月日	年 月 日
患者氏名			性別	男・女 年齢
患者住所	(〒)			
電話番号	()	保険	国保・本人・家族・自賠・労災・生保	
移動手段	独歩・自家用車・福祉タクシー・救急車・施設のお車・他()			
ADL	独歩・車いす・ストレッチャー	現在のお熱	/	: . °C
紹介目的	外来精査・外来フォロー・入院精査・回復期リハ病棟・障害者病棟・療養病棟・緩和ケア病棟			
病名				
主訴				
既往歴及び家族歴				
治療経過及び症状経過				
検査結果				
現在の処方				
アレルギー				
持参物	無・有(画像データ・心電図記録・検査記録伝票・その他)			