

診療情報提供書

伊万里有田共立病院

科宛

先生

申込日 20 年 月 日

上記医師と	<input type="checkbox"/> 連絡済	<input type="checkbox"/> 未連絡
地域医療連携室と	<input type="checkbox"/> 連絡済	<input type="checkbox"/> 未連絡

診療希望日					
①	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
②	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
③	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分
④	いつでも可				
⑤	その他 ()				

紹介元医療機関	
名称	
住所	
TEL	
FAX	
診療科	
医師名	印

紹介目的	<input type="checkbox"/> 一般受診 <input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 検査 () (検査予約希望日 20 年 月 日 時 分)	【特記事項】 例:検査(胃カメラ)・・・鎮静下で希望 等
------	---	-------------------------------------

フリガナ 患者氏名 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 住所 〒 TEL
--	--

上記患者様を紹介します。

傷病名 紹介目的	
1 既往歴 家族歴	
2 症 経 過	
3 検査結果	
4 治療経過	
5 処方	
6 備考	

画像診断フィルム添付	有	(返却 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)	無	フィルム種別・部
------------	---	--	---	----------

備考1) 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録を添付してください。