

# 診療情報提供書

※印は必ずご記入下さい



平成 年 月 日

※紹介元 医療機関名(貴院)

地域医療連携室宛

連携室直通 092-632-2292

※医師名

連携室FAX 092-632-3337

代表電話 092-632-3333

代表FAX 092-632-2230

※電話 ( ) -

( 内 外 機能外 整 腎透析 麻酔科(痛み外来) 神経内科 救急外来 )

※FAX ( ) -

医師

当院受診歴 ( 有 無 )

フリガナ	※生年月日	明治	大正	昭和	平成
※患者氏名 ( 男 女 )	年	月	日	歳	
住所 〒 電記( ) -					
※紹介目的 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他 検査依頼 : <input type="checkbox"/> 検査のみ(読影: 要 不要 ) <input type="checkbox"/> 診察+検査 検査項目 : <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ 指示内容( ) 検査部位 : <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他					
傷病名(主訴)					
略病歴 症状経過 検査結果 など					
現在の処方					
備考:アレルギー 特異体質 禁忌 注意事項等					

お薬手帳等のコピーでも結構です

受診前にFAXして頂ければ幸いです