

診療情報提供書



KAIZUKA HOSPITAL

医療法人貝塚病院

※印は必ずご記入ください。

令和 年 月 日

※紹介元 医療機関名（貴院）

地域医療連携課宛

連携課直通電話 092-632-2292

連携課直通 FAX 092-632-3337

代表電話 092-632-3333

※医師名

※電話

※FAX

紹介先診療科

内科・消化器・血管外科・泌尿器科・乳腺外科・形成外科

脳神経外科・神経内科・整形外科・眼科・皮膚科・漢方外来

医師 宛

当院受診歴（有り・無し）

フリガナ	※生年月日 明治 大正 昭和 平成 令和
※患者氏名 (男・女)	年 月 日 (歳)
住所 〒	電話 () -
※紹介目的 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 検査 <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 等	
現在の処方	お薬手帳等のコピーでも結構です
備考 : アレルギー 特異体質 禁忌 注意事項 等	

受診前にFAXしていただければ幸いです