

紹介状(診療情報提供書)

紹介先医療機関
武蔵野赤十字病院

令和 年 月 日

科

先生

〒180-8610

東京都武蔵野市境南町一丁目26番1号

電話番号 0422-32-3111

FAX番号 0422-32-5135

医療機関コード33, 1572, 8

紹介元医療機関

名称

所在地

電話番号

FAX番号

担当科

医師名

印

| | | | |
|---|---|----|---|
| フリガナ | | 性別 | |
| 患者氏名 | | 職業 | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 1. 在宅療養 <input type="checkbox"/> 2. 通院治療 <input type="checkbox"/> 3. 入院治療 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください) | | |
| 傷病名 | | | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 1. 精査 <input type="checkbox"/> 2. 加療 <input type="checkbox"/> 3. その他 () | | |
| 既往症及び家族歴 | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 病状経過・検査結果・治療経過 当院(科)での診療経過は以下のとおりです。 | | | |
| 貴科での診療を依頼いたします。 | | | |
| 現在の処方 | | | |
| 備考 | | | |

必要に応じて、検査結果、画像記録等を添付してください。