

患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記の方についてよろしくお願ひします。

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

埼玉県川口市西新井宿180番地

川口市立医療センター

紹介元医療機関（〒 ー ）
の名称・所在地

科 先生

医師名 印

受診予定日 月 日 時頃

TEL ー ー

FAX ー ー

ふりがな
患者氏名 様 男・女

M・T・S・H 年 月 日生(歳)

住 所

TEL ー ー

受診歴（有・無・不詳）（有）の場合、分かりましたらID番号を記入してください（ ）

※紹介状は、本人が持参いたします。

| | |
|----------------------|----------------|
| 紹介目的 | |
| 病名 (主 訴) | |
| 既往歴 (家族歴) | 薬剤アレルギー（有 ー 無） |
| 病状経過 治療経過 検査結果 | |
| 現在の処方 | |

紹介元医療機関より

①レントゲンフィルム 有・無

②心電図記録等 有・無

③検査結果伝票 有・無 提出用

患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記の方についてよろしくお願ひします。

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関 の名称・所在地

埼玉県川口市西新井宿180番地

(〒 -)

川口市立医療センター

| | | | |
|---------|---------|-----|-----|
| 科 | 先生 | 医師名 | 印 |
| TEL | - | - | |
| 受診予定日 | 月 日 時頃 | FAX | - |
| ふりがな | 患者氏名 | 様 | 男・女 |
| M・T・S・H | 年 月 日生(| 歳) | |
| 住 所 | TEL | - | - |

受診歴 (有・無・不祥) (有)の場合、分かりましたらID番号を記入してください ()

※紹介状は、本人が持参いたします。

| | |
|----------------------|------------------|
| 紹介目的 | |
| 病名 (主 訴) | |
| 既往歴 (家族歴) | 薬剤アレルギー (有 ・ 無) |
| 病状経過 治療経過 検査結果 | |
| 現在の処方 | |

紹介元医療機関より

- ①レントゲンフィルム 有 ・ 無
②心電図記録等 有 ・ 無
③検査結果伝票 有 ・ 無