紹介状（診療情報提供書）

　　　　年　　　月　　　日

古 河 赤 十 字 病 院

電話　　0280-23-7111（代表）

　FAX　　0280-23-7089（地域連携室）

〔担当医〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　名 称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話 番 号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医 師 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年　 月　 日 生 | 年 齢 | 歳 |
| 【傷病名】 | | | | |
| 【紹介目的】 | | | | |
| 【既往症及び家族歴】 | | | | |
| 【症状経過及び検査結果】 | | | | |
| 【治療経過】 | | | | |
| 【現在の処方】 | | | | |
| 【備考】 | | | | |

必要時画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。