

# 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

平成 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 | 男 ・ 女 |
| 患者氏名                                    |   | 職業 |       |
| 生年月日                                    | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 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<br>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。