

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 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。