

患者紹介状〔診療情報提供書〕

紹介先医療機関名 令和 年 月 日
公立置賜総合病院

(予約センター FAX 0238-46-5722)

内科 循内 精神 神内 総診 小児 外科 紹介元医療機関
呼外 整形 形成 脳外 心外 皮膚 泌尿 名称及び所在地
産婦 眼科 耳鼻 放射 麻酔 歯科 救急

医師名
TEL - -
FAX - -

先生

下記の方についてよろしくお願ひいたします。

フリガナ
患者氏名 (男・女) T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

住 所 TEL - -

受診予定日 月 日 () 時頃

紹介目的 外来治療 検査：CT (造影 あり・なし) 部位 ()
MRI (造影 あり・なし) 部位 ()
内視鏡 (上部・下部)、超音波 (心臓・腹部・その他)
その他 ()

傷病名・病状経過

既往歴及び家族歴

治療経過・検査所見・現在の処方

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

【添付書類】 無 X-P 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像
【留意事項】 薬剤アレルギー (あり・なし)