

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いいたします。

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)