

診療情報提供書 (紹介状・返書)

医療機関名・施設名	製鉄記念広畑病院
診療科	
医師	先生

医療機関

 所在地

 電話番号 FAX

 診療科 医師 印

ふりがな			明・大・昭・平	来院方法
氏名	<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子
	<input type="checkbox"/> 女性			(歳) <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
住所	〒			
	①自宅電話番号		②連絡先 [携帯・その他 ()]	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・治療 <input type="checkbox"/> 開放型病床利用 <input type="checkbox"/> 転医・転院 <input type="checkbox"/> 当院も併診します (か月毎) <input type="checkbox"/> 当院は終了しました <input type="checkbox"/> 在宅診療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> RI・PET <input type="checkbox"/> その他 ()			
傷病名・主訴			既往歴 (家族歴)	
病状経過と 治療経過 (検査結果・指示食等)				
(別紙添付可)				
処方				
患者に関する 留意事項	病状説明(告知)： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未告知 説明内容：() アレルギーの有無： <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			