

診療情報提供書(紹介状)

医療機関名・施設名 製鉄記念広畑病院	医療機関
診療科	所在地
医師	電話番号 FAX
	診療科 医師 印

ふりがな		生年月日	年 月 日生 (満 歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名				
住所	〒			
連絡先	①自宅電話番号		②携帯電話番号	
来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他 ()			
紹介目的	1. 精査・治療 2. 転医・転院 <input type="checkbox"/> 当院も併診します (カ月毎) <input type="checkbox"/> 当院は終了しました 3. 在宅診療 4. 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> RI・PET 5. セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他 ()			
傷病名・主訴		既往歴 (家族歴)		
病状経過 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"/> 無し			