

平成 年 月 日

## 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		医療機関	
診療科		所在地	
医師 先生		電話番号	FAX
		診療科	医師 印
ふりがな		生年月日	来院方法
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	<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
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"/> 転医・転院 <input type="checkbox"/> 当院も併診します( 月毎) <input type="checkbox"/> 当院は終了しました <input type="checkbox"/> 在宅治療 <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		

製鉄記念広畑病院 地域医療連携室  
 直通 TEL: 079-237-8477 FAX: 079-236-3210

[1枚目] 製鉄記念広畑病院へのFAX送信用・紹介元医療機関の控え  
 [2枚目] 患者さん手渡し用(新日鐵広畑病院への持参用) 共用