

## 診療情報提供書(紹介状)

紹介先医療機関名

医療法人 三思会

くすの木病院

〒370-0024

群馬県藤岡市藤岡607-22

TEL 070-2474-9691(連携室直通) FAX 0274-22-2288(連携室)

内・外・整・泌・皮・歯・放 科

先生

入院希望 有 無

年 月 日

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

診療科

医師氏名

印

|      |                    |    |     |
|------|--------------------|----|-----|
| フリガナ |                    | 性別 | 男・女 |
| 患者氏名 |                    |    |     |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) |    |     |

|          |  |
|----------|--|
| 主訴・病名    |  |
| 紹介目的     |  |
| 既往歴及び家族歴 | 薬剤アレルギー【 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 】   |
| 症状経過     |  |
| 治療経過     |  |
| 検査結果     |  |
| 現在の処方    |  |
| 備考       | 資料持参 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 画像診断フィルム(種別:          フィルム数 枚)<br><input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 内視鏡フィルム<br><input type="checkbox"/> その他検査記録 (                      )<br>くすの木病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有の場合                      科                      年                      月頃) |

※ 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入下さい。