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

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生　　ＴＥＬ　　－　　－

ＦＡＸ　　－　　－

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）