

紹介状 [診療情報提供書]

| | |
|--------------|--|
| 公費負担者番号 | |
| 公費負担医療の受給者番号 | |

| | |
|--------------------|---|
| 保険者番号 | |
| 被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 | |
| 被保険者との続柄 () | 継続の (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |

年 月 日

紹介先医療機関名
〒215-8520
川崎市麻生区万福寺6-7-2
聖マリアンナ医科大学附属研究所
ブレスト&イメージング先端医療センター附属クリニック

紹介元医療機関
の名称・所在地

先生

医 師 名

印

受診予定日 月 日 時頃 緊急の(有 無)

TEL ()

FAX ()

フリガナ
患者氏名 性別

生年月日 年 月 日 (歳)

住 所 〒

T E L

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 | <input type="checkbox"/> 精査(<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT(頭部・胸部・上腹部・下腹部・胸腹部) <input type="checkbox"/> MR(頭部MRI・頭部MRA・頸部MRA・頸椎/胸椎/腰椎MRI・MRCP)) | |
| | | <input type="checkbox"/> その他 | |
| 病名 (主訴) | | | |
| 既往歴 (家族歴) | 薬剤アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | |
| 病状経過 治療経過 検査結果 | | | |
| 現在の処方 | | | |

紹介元医療機関より

- | | | |
|--------------|----------------------------|----------------------------|
| (1)レントゲンフィルム | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (2)心電図記録等 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (3)検査結果伝票 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (4)CD-R | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| (5)病理検体 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |