

## 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

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 ( <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>MMG</td> <td><input type="checkbox"/>超音波</td> <td><input type="checkbox"/>CT(頭部・胸部・上腹部・下腹部・胸腹部)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>MR(頭部MRI・頭部MRA・頸部MRA・頸椎/胸椎/腰椎MRI・MRCP)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	<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"/> 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)									
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 |