

患者紹介状 [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)

平成 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 |