

# 紹 介 状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

(紹介先)

公立学校共済組合 北陸中央病院

科

殿

TEL (0766) 67-1150

FAX (0766) 68-3733 (地域医療連携室)

(紹介元)

〒□□□□□□□□

住 所

医療機関名

医師氏名

印

TEL ( ) -

FAX ( ) -

患者氏名(フリガナ)	性 別	生年月日	
様	男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
住 所 〒		受 診 希望日	年 月 日 ( 曜日)
TEL ( ) -			
傷 病 名		全身状態 寝たきり・車椅子・一人で歩ける	
紹介目的 1. 受診依頼      2. 検査のみ依頼		来院方法 救急車・自家用車・介護タクシー その他( )	
既往歴及び 家族歴			
症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方、その他特異体質、禁忌及び注意事項			
必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録を添付して下さい。			
感染症 HB( ) HCV( ) TPHA( ) RPR( )		アレルギー品目	

感染症等検査データがありましたらご記入下さい。検査依頼のために改めてされる必要はございません。