

紹介状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

倉敷中央病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師氏名

印

倉敷中央病院のカルテNo.	※診察券をお持ちであれば ご記入願います。		
フリガナ	男 ・ 女	生	年 月 日
患者氏名		明・大・昭・平	
旧姓 ()		年	月 日 (歳)
住 所 〒			
電話番号			

傷病名	
紹介目的	現在の状況にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中
既往歴及び家族歴	
薬物アレルギー (有・無)	
症状経過及び治療経過・検査所見	
現在の処方	
画像検査希望 ※○がない場合は、担当医にて判断させていただきます。	
CT (要・不要・一任)	MR (要・不要・一任)
PET/CT (要・不要・一任)	その他 ()

備考 1. 宛先の医師名が不明の場合は、科・疾患グループをご記入ください。
2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

(財)倉敷中央病院 〒710-8602 倉敷市美和1丁目1番1号 Tel.086-422-5024(地域医療センター直通)