

# 紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

倉敷中央病院

科

先生（ 医師への連絡済み）

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師氏名

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・令	
※旧姓（ ）	女	年 月 日（ 歳）	
住 所 〒			
電話番号		携帯番号	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> ストレッチャー必要		

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴 薬物アレルギー（有・
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。

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）