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 ※旧姓（　　）		西暦 ／ 明・大・昭・平・令 年　月　日（　歳）
住　所　〒 電話番号　　携帯番号		
現在の状況	□ 入院中　□ 入所中　□ 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 ・ 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。

倉敷中央病院　〒710-8602　倉敷市美和1丁目1番1号　Tel.086-422-5024（地域医療連携室直通）