**紹介状（診療情報提供書）**

　　　 　年　　 　月　 　日

倉敷中央病院リバーサイド

　　　　　　　　　　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

※診察券をお持ちであればご記入願います。

　倉敷中央病院と同じ患者No.が使えます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 倉敷中央病院リバーサイドの患者Ｎo. |  |  |
| フリガナ  | 男・女 | 生 　 年　 月 　 日 |
| 患者氏名　　 　**※旧姓（　　　　　）** | 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 |

備考　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。

倉敷中央病院リバーサイド　〒712-8007　倉敷市鶴の浦2丁目6番11号　TEL.086-448-1711

（地域医療センター直通）