診療情報提供書（紹介状）

　　年　　月　　日

**千葉メディカルセンター**

　　　　　　　　科　　　　　　　　医師宛

**紹介元医療機関**

|  |  |
| --- | --- |
| 名称： |  |
| 所在地： |  |
| ＴＥＬ： |  |
| ＦＡＸ： |  |
| 診療科名： |  |
| 医師氏名： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男  女 | 生年月日 | |
| 者氏名 |  | 大正  昭和  平成  令和  年　　月　　日（　　　歳） | |
| 住所 | 〒 | | 電話 | （自宅）  （携帯） |
| 千葉メディカルセンター受診歴　有 無 不明 （当院の診察券番号：　　　　-　　　-　　） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 | 精査  加療　 入院　 転院　 手術  その他（　　　　　　　　　　） |
| 既往歴  家族歴 | 薬剤アレルギー 有 無 不明　（有：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 症状経過  治療経過  検査結果 | 0割  0割 |
| 現在の処方 |  |
| 持参資料 | 検査結果等　　 画像診断フィルム､CD-R等　　 心電図記録等  その他（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　） |