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（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　） |