

紹介状(診療情報提供書)

地域連携センター

FAX (0858)22-8210

年 月 日

鳥取県立厚生病院 <div style="text-align: right;">科</div> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <div style="text-align: right;">医師</div> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/>	紹介元医療機関名 <hr style="width: 90%; margin: 5px auto;"/> 所在地 <hr style="width: 90%; margin: 5px auto;"/> 電話番号 <hr style="width: 90%; margin: 5px auto;"/> <div style="text-align: center;">FAX</div> <hr style="width: 90%; margin: 5px auto;"/> <div style="text-align: right;">科</div> <hr style="width: 90%; margin: 5px auto;"/> <div style="text-align: right;">先生</div>				
フリガナ 患者氏名 <hr style="width: 90%; margin: 5px auto;"/> <div style="text-align: right; font-size: 1.2em;">様</div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">性別</td> <td style="width: 85%; text-align: center;">生年月日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">男 ・ 女</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳) </td> </tr> </table>	性別	生年月日	男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
性別	生年月日				
男 ・ 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)				
〒 -	電話番号 () -				
住所					

主訴または傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴及び家族歴	薬物アレルギー(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
現症歴及び現症 検査所見 治療経過等	
現在の処方	