

# 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<br><br><div style="text-align: center;">科</div> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/><br><br><div style="text-align: right;">医師</div> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> | 紹介元医療機関名<br><hr style="width: 90%; margin: 0 auto;"/> 所在地<br><hr style="width: 90%; margin: 0 auto;"/> 電話番号<br><hr style="width: 90%; margin: 0 auto;"/> <div style="text-align: center;">FAX</div> <hr style="width: 90%; margin: 0 auto;"/> <div style="text-align: right;">科</div> <hr style="width: 90%; margin: 0 auto;"/> <div style="text-align: right;">先生</div>  |    |      |             |   |
| フリガナ<br>患者氏名<br><br><hr style="width: 90%; margin: 0 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<br/>・<br/>女</td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令<br/>                     年 月 日 ( 歳)                 </td> </tr> </table> | 性別 | 生年月日 | 男<br>・<br>女 | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令<br>年 月 日 ( 歳) |
| 性別   | 生年月日  |    |      |             |   |
| 男<br>・<br>女  | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令<br>年 月 日 ( 歳)   |    |      |             |   |
| 〒  | 電話番号 ( ) -  |    |      |             |   |
| 住所   |   |    |      |             |   |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 主訴または<br>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<br>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<br>検査所見<br>治療経過等 |  |
| 現在の処方                    |  |