

紹介状・診療情報提供書

吉川中央総合病院 〒342-0056 埼玉県吉川市平沼111番地 医療連携室 TEL 048-981-2062(代) FAX 048-983-4195(直通)

希望診療科 _____

医師名 _____

宛て _____

(担当医を当院にて判断してもよろしい場合、医師名を無記入でお願い致します)

貴院の名称

及び医師名

電話番号

FAX番号

下記患者をご紹介します。

受診希望日	第一希望	年	月	日	第二希望	年	月	日
フリガナ					生年月日	年	月	日
患者氏名					歳	性別	男・女	
患者住所								
電話番号()	-	保険	生保・自倍・労災・本人・家族・国保・老人					
搬送手段	救急車・福祉タクシー・自家用車・施設車・その他()							
受診歴	無・有(年 月頃)・不詳							
紹介目的	1, 外来精査 2, 外来加療 3, 入院 4, 転院 5, 手術 5, その他() ※入院・転院は紹介目的を考慮した上、当院医師が患者様の診察を行った上で判断致します。							
病名								
主訴								
既往歴及び家族歴								
薬物アレルギー	無・有()							
治療経過及び病状経過								
検査結果								
現在の処方								

※必要があれば、画像診断フィルム、検査記録などの添付をお願い致します。

持参物： 画像診断フィルム・心電図記録・検査記録伝票・その他()