

診療情報提供書(紹介状・返書)

医療機関名・施設名 姫路中央病院附属クリニック
 診療科
 医師 先生

医療機関名
 所在地
 電話番号 FAX
 診療科 印

フリガナ	性別	生年月日	年 月 日 生 (歳)	来院方法 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
氏名				
住所	①自宅電話番号 ②連絡先[<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他()]			
紹介目的	1. 精査・治療 2. 転医・転院 <input type="checkbox"/> 当院も併診します (月毎) <input type="checkbox"/> 当院は終了しました 3. 在宅診療 4. 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> RI・PET <input type="checkbox"/> その他()			
傷病名・主訴			既往歴 (家族歴)	
症状経過と 治療経過 (検査結果・指示食等)				
(別紙添付可)				
処方				
患者に関する 留意事項	病状説明(告知): <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 未告知 説明内容: () アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			