

# 紹介状 [診療情報提供書]

(大腿骨近位部骨折地域連携パス用)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

紹介元医療機関名及び所在地： ※改行は「Altキー + Enterキー」

整形外科 科 担当医 先生

予約希望日 月 日 (水)  13時00分  
 13時30分

毎週水曜日 上記どちらかの時間でお選びください。  
午後のみ ご都合の悪い場合は時間をご記入ください(午後)。 時頃

担当医師名：	科	印
電話番号：	( )	-
FAX番号：	( )	-

フリガナ	旧姓	性別	生年月日
患者氏名	受診歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日 歳

住所 〒 -

自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -

主保険	保険者番号	<input type="checkbox"/> 1.本人 <input type="checkbox"/> 2.家族	併用保険	負担者番号
	記号	番号		受給者番号

来院方法  独歩  車いす  ストレッチャー その他特記事項 ( )

概要

紹介目的  1. 診察  2. 検査  3. 入院  4. その他 ( ) 職業 ( )

患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて  承諾する  不承諾 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。

主訴または病名・症状	<b>大腿骨近位部骨折</b>	既往歴および家族歴
------------	-----------------	-----------

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」

北播磨大腿骨近位部骨折地域連携パス使用の患者様です。  
維持期評価時の受診を貴院にて希望されておりますので、お願いいたします。  
回復期リハビリ病棟を 月 日に退院されます。なお、当院での経過は下記のとおりです。

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

添付資料  無  X-P  ECG  内視鏡フィルム  検査データ  超音波画像  CT・MRI画像 ( )

北播磨総合医療センター 〒675-1392 兵庫県小野市市場町926-250 代表TEL 0794-88-8800  
地域医療連携室 FAX番号 (0794) 62-9911