

紹介状

(エコー検査依頼書)

令和 年 月 日

(診療情報提供書)

北播磨総合医療センター

担当医 先生

予約希望日 令和 年 月 日 ()

紹介元医療機関名及び所在地：※改行は「Altキー + Enterキー」

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	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車いす <input type="radio"/> ストレッチャー その他特記事項 ()						
目的部位	<input type="radio"/> 腹部						
	<input type="radio"/> 心臓						
	<input type="radio"/> 頸動脈						
	<input type="radio"/> 腎動脈						
	<input type="radio"/> 下肢静脈						
診断名		主 訴					
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」							
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				<input type="radio"/> 承諾する	<input type="radio"/> 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。	
結果 (所見) 返送方法				<input type="radio"/> すべて郵送	<input type="radio"/> 所見のみFAX、その他郵送	<input type="radio"/> その他 ()	

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