

# 紹介状 (診療情報提供書・診察予約用)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

科 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

受診希望日	第1	令和	年	月	日 ( )
	第2	令和	年	月	日 ( )
	その他				

担当医師名:	科	印
電話番号:	( )	-
FAX番号:	( )	-
申込担当者:		

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="radio"/> 貴医療機関に入院中 <input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ( )	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。			患者さん来院方法	
生年月日	<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 ( ) -
----------	-----------

診断名			
主訴		既往歴 家族歴	
紹介目的	<input type="radio"/> 1. 診察 <input type="radio"/> 2. 検査 <input type="radio"/> 3. 入院 <input type="radio"/> 4. その他 ( )	<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾	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 (直接予約日変更時も下記予約受付時間での対応となります) 不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。

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 + Enter」
添付資料 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 内視鏡フィルム <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 超音波画像 <input type="checkbox"/> CT・MRI画像	

患者に関する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

※ FAX予約受付時間(月~金 9:00~18:30 土 9:00~11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です) 受付時間外のお申し込みは、翌業務日以降のお返事となります。※診療科、医師によっては当日のお返事ができない場合があります。

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)