

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

成田赤十字病院

科 先生

TEL. 0476-22-2311(代)

地域医療連携課

FAX. 0476-23-9581

医療機関名

所在地

(TEL)

(FAX)

医師名

⑩

患者氏名	性別 男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
成田赤十字病院受診歴	有 (年 月頃 科) ・無

傷病名
紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査(外来・入院) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()
既往歴 薬剤アレルギー 有 () ・無
病状経過・治療経過及び検査結果
現在の処方
添付資料 <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> 検査成績 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> フィルム 添付資料返却(要・否)
<input type="checkbox"/> 病診連携ベッド入院連絡済