

紹介 ・ 診療情報提供書

年 月 日

東邦大学医療センター佐倉病院
医療連携・患者支援センター

TEL：043-462-8811(代表)

FAX：043-461-2721(直通)

紹介元医療機関名

所在地

TEL・FAX

科
医師宛

担当医師名

(紹介先の医師名がご不明な場合は科名のみをご記入いただくか、医療連携・患者支援センターまでお問い合わせ下さい。)
※外来診療担当医表は当院ホームページにおいても随時更新しております。

患者情報	フリガナ _____ 貴院ID番号 ()
	紹介患者名 _____ 殿
	生年月日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(男・女) 東邦大学佐倉病院受診歴 有 ID _____ - _____ ・無・不明
紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 診療情報提供の依頼 <input type="checkbox"/> その他()
病名(主訴・合併症)	
既往歴	薬剤アレルギー： <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
・現病歴 ・現症 ・検査所見 ・治療経過 ・その他	
現在の処方	<input type="checkbox"/> 患者さんにお薬手帳の持参を指示 (お薬手帳をお持ちでない患者さんの場合はご記入をお願い致します。)
備考	
添付資料	<input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> CD・DVD <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他 () 上記添付資料返却の必要性(有・無)
症状安定後に引き続き貴院にてのご加療を希望されますか <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	