

診療情報提供書(紹介状)

紹介先: 国立病院機構 甲府病院
 外来担当医 / 地域医療連携室 御中
 (医師: _____) 紹介元医療機関

フリガナ _____	生年月日	性別
患者氏名	M・T・S・H 年 月 日	男・女
住 所	電話番号 (連絡先)	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 検査依頼のみ		
診療依頼科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科		
主訴・又は 傷病名			
大型医療機器 (検査のみ)	<input type="checkbox"/> 共同利用(CT・MRI・RI) 撮影部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顎部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 椎体 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 造影: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 検査目的[_____]		
今回のご依頼内容	<input type="checkbox"/> (異常値項目等) <input type="checkbox"/> 血液検査値異常(血算・生化学・その他) <input type="checkbox"/> 尿・便検査値異常 <input type="checkbox"/> X線異常陰影 <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 既往歴・家族歴・治療経過・その他必要事項		
	<input type="checkbox"/> 現在の処方内容 <input type="checkbox"/> お薬手帳(参照) <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書(参照) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> その他		
添付書類	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		