

紹介状・診療情報提供書

平成 年 月 日

(医) 亀廣記念医学会

関西サナトリウム

医療機関 _____

Tel 072-462-8321 (代表) Fax 072-464-3551

医師名 _____ (科)

e-mail info@kansana.jp

TEL _____

〒598-0006 大阪府泉佐野市市場西3-9-28

FAX _____

精神科 _____ 宛

下記の患者様を紹介します

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|-------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | |
| 患者氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 | 年 月 日 |
| 住 所 | Tel _____ | | | |
| 紹介目的 | <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | |
| 傷病名 | | | | |
| 主 訴 | | | | |
| 既往歴 | | | | |
| 症状経過 ・ 治療経過 ・ 検査結果 その他 | | | | |
| 現在の処方 | | | | |
| 資料添付 | 必要がある場合は、資料等の添付をお願いします。返却(<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> レポート等 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | |
| 入院の場合 | 同意者 | 本人との関係(_____)保護者選任 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | |
| | 同意者住所 | | | |
| | 同意者TEL | 緊急連絡先 | | |