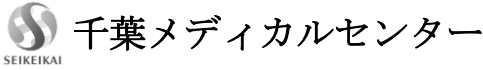


診療情報提供書（紹介状）

年 月 日



科 医師宛

紹介元医療機関

名称：
所在地：
TEL：
FAX：
診療科名：
医師氏名：

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	
者氏名			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)	
住所	〒	電	(自宅)	
		話	(携帯)	
千葉メディカルセンター受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (当院の診察券番号： - -)				

傷病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他 ()
既往歴 家族歴	薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (有：)
症状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	
持参資料	<input type="checkbox"/> 検査結果等 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム、CD-R 等 <input type="checkbox"/> 心電図記録等 <input type="checkbox"/> その他 ()