　　年　　月　　日

診療情報提供書（紹介状**）**

□岩手医科大学附属病院（矢巾町）

□内丸メディカルセンター（盛岡市）

　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　先生

下記の患者様を紹介します。　　　　　　　　　　　 医療機関名称

所　在　地

医　師　名

TEL

FAX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 性別 | 世帯主－続柄 |
| 患者氏名 | (姓) | (名) | 男・女 | － |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | ＴＥＬ | －　　－ |
| 住所 | 〒　　　　　－ | | | |
| 紹介目的 | □精査 □加療 □入院 □転医 □手術 □リハビリ □その他(　　　　　　　　　) | | | |
| 病名 |  | | | |
| 主訴 |  | | | |
| 既往歴  (家族歴) | 薬剤アレルギー(有　　　　　　　・無) | | | |
| 治療経過  および  症状経過 |  | | | |
| 検査結果 | 耐性菌保因：□MRSA　□緑膿菌　□その他(　　　　　　　　　　　) | | | |
| 現在処方 |  | | | |
| 逆紹介 | 病状の安定により貴院への逆紹介に対し(希望する・希望しない・その他　　　　　　　　　) | | | |
| 資料添付  返却  (要･不要) | □画像診断フィルム　□検査結果　□心電図記録　□レポート等  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |