

年 月 日

## 診療情報提供書（紹介状）

岩手医科大学附属病院

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	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 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)	<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( )			