

診療情報提供書（紹介状 ・ 返書）

令和 年 月 日

姫路赤十字病院	医療機関
診療科	所在地
医師 先生	電話番号 FAX
	診療科 医師 印

フリガナ		性別	生年月日	来院方法
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
住 所	〒 ①自宅電話番号 ②連絡先〔携帯・その他（ ）〕			
紹介目的	1. 精査・治療 2. 転医・転院 <input type="checkbox"/> 当院も併診します(月毎) <input type="checkbox"/> 当院は終了しました 3. 在宅診療 4. 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> RI・PET <input type="checkbox"/> その他			
傷病名 主 訴		既往歴 (家族歴)		
病状経過と治療経過（検査結果・指示食等）				
処方				
患者に関する留意事項				
病状説明（告知）： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 未告知				
説 明 内 容：				
アレルギーの有無： <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無				

姫路赤十字病院 地域連携課 FAX：079-299-5519