1枚目は浅香山病院控え

2枚目は貴院控え

診療情報提供書 (診察用)

浅香山病院　御中　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介医療機関名称住　　所医 師 名 |  | TEL　　　　　　　　　　　　 |  |
| FAX |  |
|  |
| フリガナ |  | 生　年　月　日年 　　　 月 　　 　日 |
| 氏名 |  |
| 年齢　　 歳 | 性別　男 ・ 女 |
| 住　　所 |  | TEL　　　　（　　　）　　　　　　　  |
| 携帯　　　　（　　　） |
| 患者診療情報 |
| 受診科名：　　　　　　　　　　　　　　　　希望医師名：（希望医師名は指定があればご記入ください） |
| 主訴または病名　　　　 　　　　　　感染症（有・無） MRSA・HCV・HB・LU・その他（　　　） |
| 紹介目的：　　□精査・診断　 □治療 　□手術　 □入院　 □その他 |
| 現症状と治療経過： |
| 希望事項：（紹介後の方針に関する希望） |
| 現在の処方： |
| 検査所見：（必要がある場合は、画像診断フィルム、検査記録等を診察当日に持参してください） |
| 備 考： |
| 浅香山病院　地域医療連携室　ＴＥＬ　072-229-9232　ＦＡＸ　072-229-9267（平日　8：30 ～ 19：30　・　土曜日　8：30 ～ 12：00） |