患者紹介状 〔診療情報提供書〕

紹介先医療機関名　　平成　年　月　日

病院　　紹介元医療機関
の名称・所在地
科　先生　　電話番号　（　－　）

医師名　印

フリガナ
患者名　様　男・女　M・T・S・H　年　月　日生（　歳）

患者住所　TEL.　－　－

主訴・傷病名　　既往歴

現病歴・治療経過・処方内容等

【検査データ】 検査日　年　月　日（1ヶ月以内のものでお願いします。）

WBC		RBC		Hb		PLT	
CRP		GOT		GPT		LDH	
γ-GTP		BUN		Cr		UA	
Na		K		Cl		TP	
ALB		FPG		HbA1c		TC	

【感染症の既往】　MRSA喀痰もしくは鼻腔（　）・結核（　）・梅毒（　）
緑膿菌（　）・疥癬（　）・HBS抗原（　）・HCV抗体（　）
【心電図】 正常範囲・所見有（　）ペースメーカー（有・無）
【胸部レントゲン】 所見無・有（　）

《朝倉病院》