

# 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・電話番号

科 先生

医師名:

フリガナ  
患者名

様 男・女 M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)

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カ月以内のものでお願いします。)

RBC	Hb	Ht	WBC
Plat	CRP	TP	Alb
GOT	GPT	$\gamma$ -GTP	LDH
T-Bil	BUN	Cr	FBS
HbA1c	Na	K	Cl

【感染症の既往】MRSA 喀痰・鼻腔 ( )、結核 ( )、梅毒 ( ) 緑膿菌 ( )  
疥癬 ( )、HBS抗原 ( )、HCV抗体 ( )

【心電図】正常範囲・所見有り ( ) ペースメーカー (有・無)

【胸部レントゲン】所見 無・有