

紹介・診療情報提供書（診療・検査依頼書）

平成 年 月 日

県立吉田病院地域連携室

FAX 0256-92-7606

TEL 0256-92-5111（内線327）

科

医療機関名

住 所

TEL番号

FAX番号

先生

医 師 名

※ 複数医師がいる診療科は医師名を必ずご記入ください。

※ 検査申し込みの場合は○をつけてください。

CT・MRI（部位を病歴欄に記入してください）。

予約希望日（有の場合 月 日）

骨シンチ・栄養指導 上部消化管内視鏡

入院希望（有・無）

超音波・筋電図・脳波・呼吸機能

アレルギー（有・無）

ふりがな	住 所
患者氏名	TEL
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	性別 男 女

紹介目的

自由診療の場合○を付ける（ ）

病 名

現病歴、経過、検査所見等

処方

※在宅療養指導管理料を算定している場合記入してください（ ）