

診療情報提供書

※印は必ずご記入下さい



貝塚病院

地域医療連携室宛

連携室直通 092-632-2292

連携室FAX 092-632-3337

代表電話 092-632-3333

代表FAX 092-632-2230

平成 年 月 日

※紹介元 医療機関名(貴院)

※医師名

(内 外 脳 機能外 整 腎透析 救急外来) ※ 電話 () -

医師 ※ FAX () -

当院受診歴 (有 無)

フリガナ	※生年月日	明治	大正	昭和	平成
※患者氏名 (男 女)		年	月	日	歳
〒 住 所	電話() -				
※紹介目的	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他				
検査依頼 :	<input type="checkbox"/> 検査のみ(読影: 要 不要) <input type="checkbox"/> 診察+検査				
検査項目 :	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> その他				
	⇒ 指示内容()				
検査部位 :	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他()				
傷病名(主訴)					
略病歴 症状経過 検査結果 など					
現在の処方					
お薬手帳等のコピーでも結構です					
備考:アレルギー 特異体質 禁忌 注意事項等					

受診前にFAXして頂ければ幸いです

貝塚病院ホームページからもダウンロードできます <http://www.kaizuka-hosp.or.jp/>