

# 紹介状・診療情報提供書

令和 年 月 日

依頼先診療科：やよいがおか鹿毛病院（ ）科 希望医師名：（ ）

※やよいがおか鹿毛病院における受診歴（有・無） 有の場合 ID：

ふりがな			(大・昭・平・令)	
患者氏名		男・女	生年月日	歳
住所	〒 -		TEL ( )	-
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 事前連絡済（急患や入院依頼の場合） <input type="checkbox"/> 検査（CT・MRI・内視鏡 部位： 単純・造影） ※造影剤必要時はアレルギー・喘息の有無、腎機能の確認をお願いします。			
主訴・ 傷病名				
症状経過・ 治療経過等				
処方内容				
紹介元 医療機関	施設名：		TEL ( )	-
	医師名：			

FAX送信先：やよいがおか鹿毛病院 地域連携室 0942-87-3173