

診療情報提供書(紹介状・返書)

医療機関・施設名	姫路聖マリア病院
診療科	
医師	先生

医療機関	
所在地	
電話番号	FAX
診療科	医師 印

ふりがな		大・昭・平・令	来院方法
氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車
住所	〒 ①自宅電話番号 ②連絡先[携帯・その他()]		
紹介目的	1. 精査・治療 2. 転医・転院 <input type="checkbox"/> 当院も併診します () 月毎 <input type="checkbox"/> 当院は終了しました 3. 在宅診療 4. 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> RI・PET <input type="checkbox"/> その他 ()		
傷病名・主訴		既往歴 (家族歴)	
病状経過と 治療経過 (検査結果・ 指示食等) (別紙添付可)			
処方			
患者に関する 留意事項	病状説明(告知) : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未告知 説明内容 : () アレルギーの有無 : <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		