

## 診療情報提供書

年 月 日

(紹介先医療機関)

小林 病院

〒090-8567

北見市北3条西4丁目2番地

TEL 0157 ( 23 ) 5171

FAX 0157 ( 23 ) 8332 (直通)

科 医師

(紹介元医療機関)

住 所

医療機関名

電 話 番 号

FAX 番号

医 師 名

印

患者氏名	様 (男・女)	住所
生年月日(明・大・昭・平)	年 月 日	TEL ( ) -

紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> その他( )
------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

受診希望日	(無・有/ )	月 日	AM・PM
-------	---------	-----	-------

希望検査	
1. CT(部位: ) 単純・造影	5. 上部消化管内視鏡検査
2. MRI(部位: ) 単純・造影	6. ホルター心電図
3. 骨塩定量測定(DEXA)	7. 超音波検査(部位: )
4. マンモグラフィ	8. その他( )
※検査のみの場合・・・ フィルムコピー ( 要 ・ 不要 )	

主 病 名	
傷 病 名	
症 状 経 過 治 療 経 過 処 方 等	
患者の状態	歩行可・車椅子・ストレッチャー 身長( cm)体重( kg)
感染症・薬剤アレルギー等	感染症(未・無・有/ ) 薬剤過敏(無・有/ )