

## 診療情報提供書（紹介状）

川崎医科大学総合医療センター  
（岡山市北区中山下 2 - 6 - 1）

令和 年 月 日

地域医療連携室 行  
FAX：086-221-1101（直通）  
TEL：086-225-2111（代表）

紹介医療機関の所在地・名称

TEL  
FAX  
医師氏名

科

先生（診察医）

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 旧姓( )	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 ( 才)
住 所	〒		TEL(自宅) (携帯)
来院時状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	同 伴 者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
主訴及び傷病名			

紹介目的	
①既往症・家族歴・薬剤アレルギーなど ②現病歴 ③現症・検査データ ④治療経過 ⑤患者への説明内容 ⑥留意事項など	
I. 上記①～⑥の番号で必要なもののみ記載しますので、よろしくお願ひします。	
II. 現在の処方	
III. MRSA保菌 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無, MDRP保菌 <input type="checkbox"/> 有・無	