

診療情報提供書 (紹介状)

令和 年 月 日

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)

地域医療連携室 行

FAX : 086-221-1101(直通)

TEL : 086-225-2133(直通)

科

先生

紹介医療機関の所在地・名称

TEL

FAX

医師氏名

フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平 (才)
患者氏名	様	旧姓()	
住 所	〒		電話(自宅) (携帯)

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 有・無, MDRP保菌 有・無