

# 診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

宗像水光会総合病院(

科) 医師名( )  
 紹介元医療機関  
 所在地及び名称

電話番号  
 医師氏名

印

フリガナ 患者氏名		保 険	保険者番号 記号・番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	公 費	公費負担者番号 受給者番号	
住 所	電話		被保険者 との続柄	本人・家族
紹介目的	診察 検査のみ 入院の希望(有・無) 希望検査 胃透視・腸透視・内視鏡(胃・大腸・呼吸器)・CT・MRI・超音波・脳波 心エコー・心カテ・その他( )			
アレルギー(有【	】・無)	HBS(+・-・不明)	HCV(+・-・不明)	その他感染症(+・-・不明)
持参資料	心電図( )・脳波( )・内視鏡( )・X線( )・その他( )			
A D L	寝たきり・車椅子・介助歩行・杖歩行・独歩・その他( )			
主訴及び傷病名				
既往歴及び家族歴				
症状経過及び検査結果・治療経過				
現在の処方				
備考				